DIE

BEKÄMPFUNG DES UTERUSKREBSES.

EIN WORT AN ALLE KREBSOPERATEURE

VON

DR. GEORG WINTER,

ORD. PROFESSOR UND DIREKTOR DER UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK
IN KÖNIGSBERG I. PR.



STUTTGART
VERLAG VON FERDINAND ENKE
1904.

DIE

BEKÄMPFUNG DES UTERUSKREBSES.

EIN WORT AN ALLE KREBSOPERATEURE

VON

DR. GEORG WINTER,

ORD. PROFESSOR UND DIREKTOR DER UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK
IN KONIGSBERG I. PR.



STUTTGART
VERLAG VON FERDINAND ENKE
1904.

Druck der Hoffmannschen Buchdruckerei Felix Krais in Stuttgart.

Wenn die Zeit auch einmal kommen wird, wo wir den Krebs mit inneren Mitteln angreifen, so werden doch voraussichtlich noch lange Jahre vergehen, bis die für derartige therapeutische Versuche notwendigen Grundlagen gewonnen sind; ob dann ein Erfolg erzielt werden wird, ist nach unseren Erfahrungen mit der Tuberkulose zum mindesten zweifelhaft. Lange Zeit noch, vielleicht immer, wird der Krebs nur durch Ausschneiden heilbar sein, und die Möglichkeit seiner Heilbarkeit wird in erster Linie davon abhängen, ob sein Sitz einen chirurgischen Eingriff zulässt oder nicht. Alle unsere Heilbestrebungen bewegen sich auf diesem Gebiet. Die sicheren primären Erfolge auch der ausgedehntesten Operationen erlauben es, immer neue Organe chirurgisch anzugreifen und in ihnen oder um sie herum immer weiter der Ausbreitung des Krebses zu folgen. — Am lehrreichsten ist in dieser Beziehung die Geschichte der Operation beim Uteruskrebs. Von der einfachen Amputatio port. vagin. ging es Schritt für Schritt weiter zur supravaginalen Amputation, zur einfachen vaginalen Uterusexstirpation, zur vaginalen Uterusexstirpation mit Entfernung des Parametriums, bis wir schliesslich in der abdominellen Radikaloperation mit Entfernung aller erreichbaren Drüsen und beider Parametrien an der Grenze des Möglichen angekommen sind. In ähnlicher Weise haben sich die Krebsoperationen an anderen Organen, z. B. an der Mamma, entwickelt. Das Zeichen, unter dem unsere Krebsoperationen heute stehen, ist die Verbesserung der Dauerresultate durch immer weitergehende Operationen. Es ist ganz natürlich, dass die Resultate besser werden müssen, je mehr wir aus der Umgebung des Krebsherdes entfernen können; denn es wird immer

Fälle geben, wo man gerade über den weitest vorgeschobenen Krebskeim hinaus operieren kann; und wenn unsere Operationen nicht schliesslich an den für das Leben unbedingt notwendigen Organen Halt machen müssten, so bestünde kein Grund gegen die Möglichkeit der Dauerheilung auf operativem Wege.

Da die abdominelle Radikaloperation bei Uteruskrebs am Knochengerüst des Beckens und an den auf der Wirbelsäule liegenden Drüsen Halt machen muss, so haben wir jetzt die letzte Etappe erreicht. Dass wir mit dieser Operation die Dauerresultate, gegenüber jeder weniger weitgehenden Operation, verbessern werden, liegt ja in der Natur der Sache; ob sie sich derart von denen der vaginalen Operation unterscheiden werden, dass wir sie ganz an Stelle dieser setzen müssen, lässt sich erst nach ca. 8—10 Jahren entscheiden. Dagegen kann man heute schon mit aller Bestimmtheit sagen, dass wir mit den Resultaten der abdominellen Radikaloperation nicht weniger unzufrieden sein werden, als wir es jetzt mit denen der vaginalen Methode sind; würde es gelingen, durch dieselbe die absoluten Heilungsresultate von 10 % auf ca. 25 % zu erhöhen — was mir noch sehr fraglich erscheint —, so müssten wir uns mit dem Resultat zufrieden geben, dass wir 75 % der Krebskranken, welche unsere Hilfe aufsuchen, ungeheilt lassen. Wir müssen uns diese Tatsache klar vor Augen halten und aus derselben den Schluss ziehen, dass wir auf diese Weise allein unser Ziel, einer jeden Krebskranken Heilung zu schaffen, niemals erreichen können. Aehnlich wird es mit den Erfahrungen stehen, welche die Chirurgen an anderen Organen machen; auch hier sind die Operationen bis zu einer Grenze hinausgeschoben, welche ein ultra posse unwahrscheinlich macht, ohne dass die Dauerresultate auch nur annähernd ihren Wünschen entsprechen. — Daraus entspringt der gefährliche Pessimismus in der Krebsfrage; gefährlich darum, weil er uns bei den nur geringen Erfolgen aller unserer Bemühungen leicht zum Aufgeben des Kampfes verleiten könnte. Ueber allen unseren Versuchen muss als unumstössliche Wahrheit stehen, dass der Krebs in seinen ersten

Stadien ein rein lokales Leiden ist, welches je nach der Einwirkung der Schädlichkeit auf das Organ an mehr oder weniger beschränkter Stelle auftritt. In diesem Stadium muss man den Krebs fassen und operieren. — Alles drängt darauf hin, dass man neben den sich immer weiter ausgestaltenden und immer erfolgreicheren Operationen nach neuen Mitteln und Wegen sucht, die Dauerresultate besser zu gestalten. Die Mittel müssen darauf zielen, den Krebs so früh als möglich, d. h. nach dem Auftreten der ersten Symptome, zur Operation zu bringen. Diese Gedanken drängen sich natürlich jedem Operateur von selbst auf, und kein klinischer Lehrer wird es seit Jahren unterlassen, seine Schüler auf die Wichtigkeit der Frühdiagnose und auf die von derselben abhängenden Erfolge der Frühoperationen hinzuweisen. Von einem Erfolg davon ist bislang wenig zu merken, und eine Zuversichtlichkeit in bezug auf bessere Erfolge will nicht aufkommen. Andere, viel energischere Massregeln sind notwendig. Als einen Versuch dieser Art erwähne ich den Vorschlag von Boas, „Untersuchungsstationen“ für Krebse in den grossen Zentren einzurichten, in denen durch verfeinerte diagnostische Technik die Diagnose in allen krebsverdächtigen Fällen so früh als möglich gestellt werden soll. Ob dies nun ein praktisch zu verwirklichender Gedanke ist, will ich hier nicht erörtern; wichtig ist aber, dass ein Praktiker, welcher täglich das Elend des inoperablen Karzinoms vor Augen sieht, ebenso wie wir zu dem Resultat kommt: So kann es nicht weitergehen; hier muss etwas Ausserordentliches geschehen. Es handelt sich bei der Idee von Boas wesentlich darum, den Aerzten die diagnostische Arbeit abzunehmen und in schwierigen Fällen die dafür notwendige Zeit abzukürzen. Dabei muss aber immer noch vorausgesetzt werden, dass der Arzt überhaupt den Fall erst als verdächtig ansieht, und vor allem wird der Hauptfaktor bei der Verschleppung des Krebses, das Verhalten der Kranken selbst, gar nicht berücksichtigt. Sollte sich die Idee von Boas verwirklichen lassen, so würde damit gewiss mancher Fall von

Krebs rechtzeitig der Operation zugeführt werden; ein radikaler Erfolg ist damit nicht zu erreichen.

Ein Erfolg, welcher bis an die Grenze des überhaupt Erreichbaren geht, ist nur dadurch zu erzielen, dass man durch genaue klinische Forschungen in jedem Fall und bei jeder Form des Krebsleidens die Ursache der Verschleppung ermittelt und dann die einzelnen Faktoren, welche sich dabei als Hemmnis für unsere Frühoperationen ergeben, angreift und bekämpft.

Bei allen Krebsarten, welche wir operieren, ist, soweit ich orientiert bin, bislang nur ein Versuch dieser Art gemacht worden, welcher wirklich systematischen Charakter hat, d. i. die von mir vorgeschlagene und ins Werk gesetzte Bekämpfung des Uteruskrebses. Es ist ein von den ersten Anfängen bis in die letzten Konsequenzen durchgeführter Kampf gegen alle Faktoren, welche dem Uteruskrebs von seinen ersten Symptomen an auf seinem Wege zum Operationstisch hindernd im Wege stehen. Sowohl für die Gynäkologen, welche sich noch nicht genügend energisch an diesem Kampf beteiligen, sowie auch für die Chirurgen, welche die zu ihrer Domäne gehörenden Krebse in ähnlicher Weise angreifen könnten, halte ich eine Kenntnis der Kampfmittel und ihrer Erfolge für notwendig. Ich möchte deshalb dieselben im Zusammenhang darstellen und einige neue, von mir in Szene gesetzten Massnahmen, welche mir von ganz besonderem Werte zu sein scheinen, bekannt geben.

Die ersten Versuche, die Zahl der operablen Uteruskrebse zu erhöhen, habe ich im Jahre 1891 unternommen. Als Leiter der gynäkologischen Poliklinik an der Kgl. Universitätsfrauenklinik in Berlin habe ich unter dem unmittelbaren Eindruck der ungezählten Fälle von Uteruskrebsen, welche ich als „zu spät“ für jede operative Heilung abweisen musste, den Kampf begonnen. Es handelte sich zunächst darum, den Ansichten, welche ich über die Ursache der Verschleppung

gewonnen hatte, eine positive Form zu geben, welche zum Ausgangspunkte von Massregeln werden konnte. In meinem Auftrag hat damals mein Schüler Ernst Mommsen[1]) bei 62 Fällen durch genaueste Anamnesen zu ermitteln versucht, warum die Uteruskrebse so spät zur Operation kommen; es wurde festgestellt, wieviel Zeit vom Auftreten der ersten Krebssymptome bis zur Operation verloren gegangen war und wodurch sie verloren ging. Für die Gewinnung einer sicheren Zahl für die Dauer der Verschleppung sind wir beim Uteruskrebs dadurch in einer günstigen Lage, dass derselbe in den meisten Fällen sein Vorhandensein durch charakteristische Symptome ankündigt; in der Minderzahl gehen seine Symptome unter anderen Krankheitserscheinungen derart verloren, dass man den Moment, wo er in die Erscheinung tritt, nicht fixieren kann. — Die Resultate dieser Erhebungen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen habe ich in der Berliner Klin. Wochenschrift 1891 No. 33 mitgeteilt. Schon bei diesen ersten Untersuchungen haben sich Gesichtspunkte ergeben, welche sich bei allen späteren Erhebungen bestätigt haben und bis auf einzelne Einwände die allgemeine Billigung gefunden haben. Ich selbst habe diese Erhebungen 1895 an 100 Krebskranken in Berlin wiederholt und habe mein ganzes Königsberger Material von Krebskranken in den Jahren 1898—1902 — es sind 242 Fälle — in derselben Weise bearbeitet. Diese Untersuchungen sind nur allein von Thorn im Jahre 1897 an seinem eigenen Material wiederholt worden. Es wäre sehr zu wünschen, wenn Universitätskliniker mit grossem Material diese allerdings mühevollen Untersuchungen ebenfalls anstellten. Namentlich, wenn, wie ich dies unten vorschlagen werde, der Kampf in den einzelnen Provinzen gegen den Uteruskrebs aufgenommen werden soll, halte ich es für nötig, dass jeder Führer im Streit — und das wird doch wohl der Direktor der zuständigen Frauenklinik sein — zunächst durch derartige Erhebungen die Zustände in

---

[1]) Mommsen, Zur Symptomatologie, Diagnose und Therapie der Portio- und Cervixkarzinome. Inaug.-Diss. Berlin 1890.

seiner Provinz genau kennen lernt und dann auf Grund derselben seine Massregeln ergreift.

Aus allen Untersuchungen hat sich in gleicher Weise ergeben, dass die Verschleppung des Uteruskrebses wesentlich aus drei Umständen erfolgt:

1. Mangelnde Sachkenntnis und Sorglosigkeit der Hausärzte,
2. Gewissenlosigkeit der Hebammen,
3. Verhalten der Frauen selbst.

Es ist nicht unmöglich, dass sich bei Untersuchungen in anderen Teilen Deutschlands noch andere Faktoren werden eruieren lassen; die mitgeteilten gelten in erster Linie nur für Berlin, Magdeburg, Königsberg. Namentlich wäre die Stellung des Kurpfuschers, von dessen gefährlichem Treiben Dührssen einen eklatanten Fall mitteilt, noch näher zu ergründen. Es ist entweder ein Zufall, dass der Kurpfuscher in allen meinen Berliner und Königsberger Fällen keine Rolle spielt, oder, was mir wahrscheinlicher ist, es haben die Kranken auch bei den genauen Anamnesen diesen Punkt ihres Verhaltens verschwiegen.

1. Hausärzte.

Bei unseren heutigen ärztlichen Verhältnissen wird bei der ersten Beratung einer Kranken der Hausarzt die Hauptrolle spielen. Die immer zunehmende Bedeutung der Spezialisten wird allerdings, wo dieselben leicht erreichbar sind, zur Folge haben, dass die Kranken mit Umgehung ihres Hausarztes häufig den Spezialisten um Rat befragen; sie werden es ja, abgesehen davon, dass sie sich an dieser Stelle besser beraten fühlen, bei Genitalerkrankungen deshalb gern tun, weil ihnen die Untersuchung der Genitalien von dem ihnen bekannten Hausarzt peinlich ist. Trotzdem wird von ärztlichem Personal der Hausarzt das Schicksal der Karzinomkranken meistens als erster in Händen haben; das beweisen folgende Zahlen:

Von 62 Frauen (Berlin 1890) wandten sich zuerst an ihren Hausarzt 47 = 76 %.

Von 100 Frauen (Berlin 1895) wandten sich zuerst an ihren Hausarzt 63 = 63 %.

Von 242 Frauen (Königsberg 1898—1902) wandten sich zuerst an ihren Hausarzt 143 = 59 %.

Die Abnahme der Zahl derjenigen Kranken, welche sich in Berlin zuerst an ihren Hausarzt wandten, ist wohl ein Beweis dafür, dass die Spezialisten immer mehr gynäkologische Kranke an sich ziehen; im Interesse einer frühen Krebsdiagnose ist das ja auch nicht zu beklagen. In demselben Masse nahm die Zahl der Kranken, welche sich direkt an den operierenden Spezialisten wandten, von 9 % auf 20 % zu. Da aber immer noch mehr als die Hälfte aller Krebskranken ihren Weg durch den Hausarzt zum Operateur nehmen, so ist das richtige Verhalten der Aerzte von grösster Bedeutung.

Wie soll sich nun der Hausarzt verhalten? Er soll die Kranke, welche mit gynäkologischen Symptomen seine Hilfe erbittet, sofort untersuchen, vor allem, wenn in der Anamnese eines der krebsverdächtigen Symptome sich findet; er soll die Diagnose mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln sofort richtig stellen und die Kranke unverzüglich einem Operateur zuweisen. Handelt er so, so kann die Kranke ca. 8 Tage nach der ersten Konsultation operiert sein; eine Verschleppung an dieser Stelle ist damit ausgeschlossen. So leicht dies sich aussprechen lässt, so unendlich gross sind die Schwierigkeiten, welche dabei zu überwinden sind.

Wir wollen zunächst nun ergründen, wie der Arzt im Gegensatz zu diesen Forderungen sich tatsächlich verhält. Das Material für diese Erhebungen bieten die Erzählungen der Kranken; eine Quelle, welche mit grösster Vorsicht zu verwenden ist, weil die Kranken, namentlich die ungebildeten, dem ärztlichen Gedankengang nicht folgen können oder böswillig den Arzt belasten. Es ist z. B. unmöglich, aus den Erzählungen der Kranken zu entnehmen, ob der Arzt die Diagnose richtig gestellt hat; selbst der Umstand, dass der Arzt einen Krebsfall in eigener Behandlung behalten hat, anstatt ihn zum

Operateur zu schicken, spricht nicht gegen die Richtigkeit seiner Diagnose, weil er ja die Inoperabilität selbst schon erkannt haben könnte. Dagegen lässt sich aus der Anamnese unumstösslich feststellen, ob der Arzt eine innere Untersuchung vorgenommen hat oder nicht; da ohne eine innere Untersuchung keine Diagnose möglich ist, der Krebs also unerkannt bleiben muss, so ist in der Unterlassung der inneren Untersuchung ein verhängnisvoller Fehler anamnestisch leicht festzustellen; weiter lässt sich die Tatsache leicht eruieren, ob und in welcher Weise der Ratschlag zur Operation gegeben worden ist.

Die unterlassene Untersuchung ist das erste verhängnisvolle Hemmnis für die operative Heilung des Karzinoms. Ueber die Bedeutung dieses Faktors lässt sich leicht ein wissenschaftlich brauchbares Zahlenmaterial gewinnen. Meine ersten Nachforschungen in Berlin (1891) haben schon das sehr bemerkenswerte Resultat ergeben, dass von 47 konsultierten Hausärzten 15 (also 32 $^0/_0$) nicht innerlich untersucht haben. Meine 1895 wiederholten Erhebungen ergaben, dass von 108 Aerzten 10 (also 9 $^0/_0$) nicht innerlich untersucht haben. Bei meinen hier in Königsberg vorgenommenen Erhebungen machte ich die Erfahrung, dass von 225 Aerzten 32 = 14,2 $^0/_0$ nicht innerlich untersucht haben. Thorn hat an seinem Magdeburger Material 8 $^0/_0$ unterlassene Untersuchungen festgestellt. Die Folgen der unterlassenen Untersuchung sind, dass jeder Krebs, wenn er nicht rechtzeitig andere Hülfe aufsucht, inoperabel werden muss, wenn er es nicht schon vorher war. Eine genaue Berechnung der verlorenen Fälle ist nicht möglich, weil man nicht ermitteln kann, wieviel Fälle schon bei Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe inoperabel waren. Immerhin ist durch alle Untersuchungen in gleicher Weise festgestellt, dass jetzt in ca. 10—15 $^0/_0$ der Fälle eine Unterlassungssünde von seiten des Arztes begangen wird. — Hier muss zunächst eingegriffen werden. — Es muss die Forderung erhoben werden, dass in jedem Falle, wo die Vermutung auf Krebs

besteht, die innere Untersuchung vorgenommen wird. Ueber die Gründe für die unterlassene Untersuchung von seiten der Aerzte haben mir Gespräche mit diesen und meine Erhebungen bei Kranken reichen Aufschluss gegeben. Ein Teil der Aerzte untersuchte nicht, weil sie mit der Technik der Untersuchung nicht genügend vertraut waren, oder die dazu „nötigen Instrumente“ nicht hatten; andere unterliessen die Untersuchung, weil sie sich augenscheinlich doch keine richtige Diagnose zutrauten; andere nahmen dieselbe nicht vor, weil sie während einer Blutung nicht untersuchen wollten oder nicht zu dürfen glaubten; andere wieder, weil ihnen überhaupt die Untersuchung der weiblichen Genitalien widerlich ist, andere wieder aus Bequemlichkeit oder aus augenblicklichem Zeitmangel, oder weil ihnen der zahlungsunfähige Patient die Mühe nicht entschädigen konnte. Dazu kommen die Schwierigkeiten von seiten der Kranken; die meisten lassen die Untersuchungen nicht zu, weil sie sich schämen oder weil sie sich vor Schmerzen fürchten; andere wieder, weil sie den Ausspruch des Arztes und den Rat zur Operation fürchten; andere wieder wollen nicht, weil sie „nicht darauf eingerichtet sind“; es ist kaum glaublich, wie erfindungsreich die Frau an Gründen ist, wenn sie die ihr lästige Untersuchung verweigern oder hinausschieben will. Alle diese Gründe muss ja in erster Linie der Hausarzt anhören und überwinden; wir Kliniker und Spezialisten lernen direkt diese Einwände in sehr abgeschwächtem Masse kennen, weil die Frauen zu uns schon in der Voraussetzung kommen, dass sie untersucht werden müssen. Der Hausarzt hat aber der Frau gegenüber einen schweren Stand, und wenn er selbst keinen festen Standpunkt hat, so ist die unterlassene Untersuchung das Resultat. — Man muss also vom Arzt zunächst unbedingt verlangen, dass er selbst untersuchen will. Man darf wohl von allen Aerzten, welche nicht innerlich untersuchten, annehmen, dass sie den Krebs nicht vermuteten; die Gewissenlosigkeit im anderen Fall halte ich nicht für möglich. Wenn man Untersuchungen aber blos

dann vornehmen wollte, wenn ein Krebs zu vermuten ist, so würden viele unerkannt bleiben, denn der Krebs ist wohl oft, aber nicht immer zu vermuten. Gegen alle Unterlassungen kann der Arzt sich nur sichern, wenn er prinzipiell jede Kranke mit gynäkologischen Symptomen untersucht. Gegen diese Forderung ist auch nur der eine Einwand zu erheben, dass man Virgines intactae namentlich im jugendlichen Alter nicht unnötig untersuchen soll; zu dieser Zeit braucht man keinen Krebs zu vermuten. Diese prinzipielle Forderung der Untersuchung wird noch lange ein frommer Wunsch bleiben, und man wird deshalb für heute seine Forderung dahin ermässigen müssen, dass in allen Fällen, wo nur der geringste Verdacht auf Krebs besteht, innerlich untersucht werden muss. Da der Krebs in der überwiegenden Zahl der Fälle charakteristische Erscheinungen macht, so werden nur selten Krebsfälle dem Arzte entgehen, wenn er von der inneren Untersuchung nur dann absieht, wenn gänzlich unverdächtige Symptome bestehen. In allen anderen Fällen soll der Arzt die Untersuchung gegen alle Gegengründe der Kranken erzwingen; er soll auf die Möglichkeit eines Krebses hinweisen, wenn sie die Untersuchung nicht konzedieren, und wenn alles Drängen erfolglos bleibt, in strikter Form die Verantwortung ablehnen. Auch gegen die Verschiebung der Untersuchung aus irgend einem Grunde muss ich mich entschieden aussprechen, weil inzwischen wieder alle Einwände von seiten der Frau ihren verschleppenden Einfluss entfalten können. Ob der Arzt nun selbst untersucht oder die Kranke einem Spezialisten zuweist, ist gleichgültig; in letzterem Falle würde er nur dafür zu sorgen haben, dass die Kranke auch wirklich geht. Die erste Aufgabe des Arztes ist befriedigend gelöst, wenn er die innere Untersuchung unmittelbar nach Inanspruchnahme seines Rates erreicht hat.

Dann tritt die Hauptaufgabe an den Arzt heran: die Diagnose richtig zu stellen; hierbei braucht er nicht auf Widerstand von seiten der Frau gefasst zu sein; die Schwierig-

keiten dieser Aufgabe liegen in ihm selbst. Die praktischen Kenntnisse, welche der Arzt von der Universität mitbringt, sind naturgemäss nur gering; selbst bei dem grössten klinischen Material wird der Praktikant vielleicht ein Dutzend Krebskranke selbst untersuchen und von der besonders wichtigen Spezies der „beginnenden Karzinome“ nur gelegentlich einen, und von den krebsverdächtigen Verdickungen und Geschwüren der Port. vagin. wohl einzelne Fälle zu sehen bekommen. Die Kenntnisse des jungen Arztes in diesem Gebiet sind unzureichend und werden in der Praxis gewiss nicht grösser. Man kann verlangen, dass der Arzt einen ausgebildeten Krebs am Cervix erkennt, aber die Frühfälle, welche uns allmählich immer häufiger zu Gesicht kommen werden, wird er nicht sicher beurteilen können. Noch schwieriger sind die nicht seltenen Fälle von Korpuskarzinom zu erkennen, an deren Möglichkeit nebenbei der Arzt gewöhnlich gar nicht denkt. Wenn auch die Ausbildung der Aerzte, namentlich bei gewissenhafter Ausnutzung des praktischen Jahres, in der Diagnose des Krebses immer besser werden wird, so wird die Diagnose der Frühfälle noch lange eine über das Können des Arztes hinausgehende sein. Es bleiben für diese Fälle nur zwei Wege zur richtigen Diagnose: die Einholung eines spezialistischen Rates oder die anatomische Untersuchung. Wenn auch der erstere für die Kranken der sicherere Weg ist, so muss man doch auch andrerseits den Wunsch des Arztes unterstützen, wenigstens die Diagnose des Leidens selbst zu stellen, abgesehen davon, dass den Kranken sehr viel Aufregung und Kosten erspart werden, wenn sie nicht wegen jedes verdächtigen Befundes, den der gewissenhaft untersuchende Arzt aufnimmt, zum Spezialisten geschickt werden. — Wie viel Krebse würden nur deshalb unerkannt bleiben, weil die Kranke eine Reise nicht unternehmen will oder kann. — Diese Schwierigkeiten können nur dadurch überwunden werden, dass man den Hausarzt für die anatomische Untersuchung mit heranzieht. Der Arzt soll durch Probeexzision oder Probeausschabung das anatomische

Material beschaffen und soll es einem sicheren Mikroskopiker zur Untersuchung überweisen. Die Vorteile dieses Verfahrens liegen für die Kranke darin, dass sie Kosten und Mühe spart, und für den Arzt, dass er die Befriedigung seiner Kranken gegenüber hat, die Diagnose allein gestellt zu haben. Der Nachteil kann darin liegen, dass er die erwähnten Eingriffe zu oft unnötig unternimmt und gelegentlich damit Schaden anrichtet. Derselbe kann in Infektion und bei der Abrasio in der Perforation des Uterus bestehen; beides ist zu vermeiden, wenn der Arzt die Technik beherrscht. Die Erlangung der Technik ist aber unbedingt eine Aufgabe des klinischen Unterrichts; ich lege schon lange darauf Wert, dass meine Schüler diese Eingriffe sehen und selbständig ausführen; kaum einer verlässt die Klinik, welcher nicht 1 oder 2 Ausschabungen gemacht hat. Der diagnostische Eingriff ist ein so unbedeutender, dass man von den heute ausgebildeten Aerzten die unschädliche Ausführung desselben verlangen kann. Für die älteren Aerzte bliebe aber, wofern sie nicht Gelegenheit haben, die Technik in Aerztekursen nachzulernen, nichts anderes als die Konsultation übrig. — Die anatomische Untersuchung der gewonnenen Massen wäre von den Frauenkliniken der Universitätsstädte oder von ähnlichen Instituten oder von hierin sicher versierten Spezialärzten vorzunehmen. — Nur wenn man die anatomische Untersuchung unter Mithilfe des Hausarztes mit in den Kreis unserer diagnostischen Hilfsmittel aufnimmt, kann man hoffen die Frühfälle zur Operation zu bekommen. Immerhin soll sie nur vom Arzte ausgeführt werden, welcher die Technik beherrscht. Bleibt der Eingriff ohne Nachteil, so kann man auch das unausbleibliche „Zu oft“ dieser Untersuchung mit in den Kauf nehmen.

Eine sehr bedenkliche und weit verbreitete Gepflogenheit der Aerzte ist es, in diagnostisch zweifelhaften Fällen abzuwarten, und aus dem Stillstand oder aus dem sich weiterentwickelnden klinischen Bilde die Diagnose auf benigne oder maligne Erkrankung zu stellen; sehr häufig wird diese ab-

wartende Beobachtung, namentlich bei Geschwüren der Port. vaginalis, mit Behandlung durch Aetzmittel verbunden, um auch durch das ex juvantibus zur Diagnose zu kommen. „Hilft es, dann ist es benige, wird es schlimmer, dann ist es Krebs“, so denkt mancher Arzt. Diese probeweise Aetzung ist schon deshalb sehr unpraktisch, weil zu dem zweifelhaft malignen Befunde noch die Folgen der Aetzung hinzutreten und der Befund nun noch schwieriger zu beurteilen wird. Vor allem ist die Diagnose durch Abwarten aber deshalb unzulässig, weil damit kostbare Zeit bis zur Operation verloren geht. In allen auf Karzinom verdächtigen Fällen muss die Diagnose innerhalb einiger Tage erzwungen werden, und das ist für den Durchschnittsarzt ohne Konsultation oder anatomische Untersuchung nicht immer möglich.

Wenn der Arzt die Diagnose auf Krebs sicher gestellt hat, so muss die Ueberweisung an einen Operateur sofort erfolgen. Auch diese für die jüngeren Aerzte längst selbstverständliche Vorschrift bedarf noch einer bestimmten Betonung, weil es unter den alten Aerzten eine grosse Zahl gibt, welche nicht an die Heilbarkeit des Krebses glauben und ihre Kranken deshalb unoperiert zugrunde gehen lassen. Diese Anschauung haben sie sich während ihrer Lehrjahre gebildet und haben dieselbe häufig bestätigt gefunden durch die meistens in kurzer Zeit nach der Operation ihnen wieder zugehenden Rezidive; die definitiv Geheilten werden oft von ihnen in der Diagnose als Krebs angezweifelt. Diese pessimistische Anschauung der Aerzte muss aufs nachdrücklichste bekämpft werden, weil sie unseren Bemühungen hinderlich im Wege steht. Jeder Arzt muss als ein Dogma festhalten, dass der Uteruskrebs nicht nur heilbar, sondern sogar in den meisten Fällen dauernd heilbar ist, sofern er unverzüglich nach dem Auftreten der Symptome operiert wird. Nicht ganz selten bin ich bei Aerzten dem Glauben begegnet, dass ganz beginnende Krebse noch keine eingreifende Operation verlangten, sondern noch durch Aetzmittel heilbar

seien; sie hatten Aetzmittel verschiedener Art versucht und, nachdem dieselben als erfolglos sich erwiesen hatten, schickten sie die Kranken zur Operation, welche sie nur als ein ultimum refugium ansahen; auch dieser Standpunkt richtet sich natürlich von selbst. — Die Aerzte sollen den Kranken nach der richtig gestellten Diagnose den Rat geben, unverzüglich zum Operateur zu gehen. Auch hierin hatten manche Aerzte gefehlt, indem sie wohl eine Operation als notwendig hingestellt hatten, aber den Kranken viel zu viel Zeit zum Befolgen des Rates gelassen hatten; besser ist es, dass sie immer wieder drängen, bis die Kranke ihre Reise angetreten hat. Eine sehr wichtige Aufgabe des Hausarztes ist es, den Kranken nicht nur die Operation als notwendig hinzustellen, sondern ihnen auch die Angst vor derselben zu nehmen; wie schwer dies in manchen Fällen sein wird, geht daraus hervor, dass auch uns klinischen Direktoren, welche von allen Hilfsmitteln der Autorität umgeben sind, dies zuweilen nicht gelingt. Der Gründe, warum die Kranken die Operation ablehnen, gibt es verschiedene; meistens ist es die Furcht vor dem Tode, vor Schmerzen, vor Nachkrankheiten, vor dem Aufenthalt in der Klinik; andere können ihren Hausstand nicht verlassen, haben kein Geld, haben keine Zeit u. s. w.; der ärztliche Berater soll erforschen, was der Grund für die Ablehnung der Operation ist, und soll denselben bekämpfen. Am häufigsten wird es Angst vor dem Tode oder längerer Krankheit sein. Um hierin entsprechend beruhigen zu können, muss der Arzt selbst genügend über die primären Resultate unserer Operationen orientiert sein; er muss wissen, dass namentlich in den Frühfällen die vaginale Operation, welche hier wohl die passende Operation bleiben wird, kaum irgend welche Gefahren, Nebenverletzungen oder Nachkrankheiten mit sich bringt; anders allerdings die abdominale Radikaloperation. Der Arzt soll sich nicht scheuen, wenn die Kranke wegen der leichten Symptome die Notwendigkeit der Operation nicht begreift, die Natur des Leidens durchblicken zu lassen und die Folgen der unterlassenen Operation zu schildern; manche Kranke muss

man fast zu ihrer Gesundheit zwingen. Andere Gegengründe muss der Arzt als Familienberater entkräften helfen. Gelingt es ihm nicht, die Kranke zur Operation zu bewegen, so soll er auch hierfür die Hilfe eines Spezialarztes erbitten, oder die Behandlung rundweg ablehnen; diese feste Stellung des Arztes verrät dem Kranken den Ernst der Situation.

Am besten überweist der Arzt alle ihm zu Gesicht kommenden Karzinome dem Operateur, — mit Ausnahme der gänzlich hoffnungslosen — und überlässt diesem die Entscheidung, ob operiert werden kann oder nicht. Die Frage, ob der Fall noch operabel ist, ist in manchen Fällen sehr schwer zu beantworten und die Indikationen für die Operation sind bei den Operateuren noch so schwankend, dass man einem Hausarzt die Beurteilung dieses Punktes nicht überlassen kann. Kommen dann manche Kranke auch wieder hoffnungslos zurück, welchen anders ihr Zustand hätte verschwiegen werden können, so sind die zur Selbsttäuschung neigenden Kranken mit dem „Nicht nötig einer Operation“ leicht zu beruhigen.

Wenn man sich auf diese Weise den Gang vergegenwärtigt, welchen ein Karzinom bis zum Operationssaal gehen muss, so sieht man, eine wie wichtige Stellung der Hausarzt als Führer auf demselben einnimmt. Viele Kranken danken ihr Leben und ihre Gesundheit ebensosehr dem Hausarzt, welcher sie richtig berät, als dem Operateur, welcher sie von dem Leiden befreit. Der Arzt hat seine Aufgabe gut gelöst, wenn in längstens 8 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme seines Rates die Krebskranke beim Operateur eintrifft.

Wie soll man nun den Aerzten diesen Standpunkt in der Diagnose des Uteruskrebses beibringen? Das ist natürlich in erster Linie die Aufgabe des Universitätsunterrichtes. Die Diagnose des Uteruskarzinoms darf sich auf Grund unserer heutigen Erfahrungen nicht mehr darauf beschränken, dass man den Palpations- und Inspektionsbefund an möglichst vielen

Fällen lehrt, sondern man muss alle oben genannten Punkte miteinbeziehen; man kann es dem jungen Arzte nicht überlassen, dass er sich erst selbst über alle Dinge ein Urteil bildet und erst aus eigenen schlechten Erfahrungen zu dem Resultate kommt, welches ich oben als seine Aufgabe geschildert habe, sondern er muss schon von seinem klinischen Lehrer auf die Schwierigkeiten hingewiesen werden, welche der inneren Untersuchung, der richtigen Diagnose und der Ueberweisung an den Operateur entgegenstehen, und muss lernen, wie er dieselben überwindet; nur auf diese Weise bekommt er die Festigkeit des Standpunktes. Die vielen verschleppten Karzinomfälle, welche in die Klinik kommen, bieten ein sehr trauriges, aber sehr wertvolles Lehrmaterial. Ich lasse für meine klinische Vorlesung keinen Fall dieser Art vorüber, ohne — natürlich in schonender Weise — das falsche Verhalten der verschiedenen Berater zu beleuchten. — Wenn auch alle klinischen Lehrer dieselben Prinzipien im Unterricht befolgen würden — was ich aber kaum glauben möchte —, so würde es dennoch Jahrzehnte dauern, bis allen Krebskranken unsere Belehrung zugute käme. Es ist unbedingt notwendig, einen Einfluss auf die schon in der Praxis tätigen Aerzte zu gewinnen. Für einen Teil kann dies in den Aerztekursen geschehen, wo der Krebsdiagnose wohl überall die ihr gebührende Rolle zugewiesen wird, ferner durch gelegentliche persönliche Belehrung und schliesslich durch die Publizistik. Ich glaube nicht fehl zu gehen, wenn die an dem Berliner Material nachgewiesene Abnahme der „garnicht untersuchten Fälle“ von 32 % auf 9 % innerhalb fünf Jahren zum Teil auf die daselbst vielfach ausgeführte Belehrung der Aerzte zurückzuführen ist. Dem Heer der in der Praxis tätigen Aerzte und darunter namentlich den schon in jeder Beziehung sich in ihren Kenntnissen „fertig“ wähnenden Aerzten ist auf diese Weise nicht beizukommen; bis dieselben ersetzt sind, gehen Jahrzehnte hin.

Um alle Aerzte in gleicher Weise zu beeinflussen, habe ich den radikalsten Weg beschritten, den es gibt: Ich habe

in einer Broschüre alle oben auseinandergesetzten Punkte, welche sich mir aus langjähriger Erfahrung ergeben haben, zusammengefasst und habe dieselbe allen Aerzten der Provinz Ostpreussen zugeschickt mit einem Anschreiben, in welchem ich sie um die sorgfältige Lektüre derselben bitte. Da ich mich mit der Hoffnung trage, dass die von mir in Ostpreussen in Szene gesetzte Bekämpfung des Uteruskrebses auch für die anderen Provinzen vorbildlich werden könnte, so lasse ich Anschreiben und Broschüre hier abdrucken.

„Königsberg, Dezember 1902.

„Sehr geehrter Herr Kollege!

„Der traurige Umstand, dass in jedem Jahr grosse Reihen „von Frauen an Gebärmutterkrebs ohne oder trotz einer Opera- „tion zugrunde gehen, während man unter günstigen Um- „ständen der Mehrzahl durch eine rechtzeitige Operation „dauernd Hilfe bringen könnte, ist für mich der Grund, mich „mit einer kleinen Broschüre an die Aerzte Ostpreussens zu „wenden; in derselben habe ich erörtert, wie der Hausarzt an „der Besserung dieser traurigen Verhältnisse mitarbeiten kann.

„Ich bitte Sie im Interesse Ihrer krebskranken Patientinnen „sich der Mühe unterziehen zu wollen, den kleinen Aufsatz mit „Musse zu lesen, und zweifele nicht daran, dass Sie durch Be- „folgung der darin eingehend motivierten Vorschläge mancher „Kranken das Leben werden erhalten können.

„Mit kollegialem Gruss

„ergebenst

„Prof. Winter,

„Direktor der Kgl. Universitäts-Frauenklinik

„in Königsberg i. Pr.“

„An die Aerzte Ostpreussens.

„Es ist leider eine unbestreitbare Tatsache, dass der Uterus- „krebs nur in seltenen Fällen durch einen operativen Eingriff

„geheilt wird; die überwiegende Zahl der Frauen verfällt ohne „oder trotz einer Operation in absehbarer Zeit dem Tode.

„Um zunächst einen ungefähren Anhaltspunkt über die Zahl „der Opfer zu gewinnen, habe ich auf Grund der standesamt- „lichen Zählkarten Gestorbener die Zahl der an Uteruskrebs „leidenden Frauen in der Provinz Ostpreussen zu schätzen ver- „sucht; sie mag sich auf ungefähr 350 in einem Jahr belaufen. „Da nach unseren Erfahrungen der Krebs zunimmt, so wird die „jährliche Zahl der Opfer sich steigern. Jede krebskranke Frau „stirbt in absehbarer Zeit, wenn ihr nicht die geeignete Hilfe „wird und diese kann ihr nach unseren heutigen Anschauungen „nur durch eine rechtzeitig vorgenommene Operation werden.

„Trotzdem seit ca. 20 Jahren der Uteruskrebs prinzipiell „operativ mit immer verbesserten Methoden angegriffen wird, „sind die bisher erzielten Erfolge nur unbedeutend. Meine in „den Jahren 1898 bis 1901 an dem Material der hiesigen Kgl. „Universitäts-Frauenklinik angestellten Untersuchungen haben „ergeben, dass nur bei 41 % der Kranken der Krebs in einem „solchen Zustand war, dass eine radikale Operation eine (oft nur „sehr geringe) Aussicht auf Erfolg bot. Nach den von mir im „Jahre 1897 in Berlin angestellten Untersuchungen werden von „den Operierten $^2/_3$ in kurzer Zeit rückfällig und nur $^1/_3$ wer- „den von ihrem Krebs befreit. Da das ostpreussische Material „wesentlich schlechter ist als das Berliner, so ist wohl anzu- „nehmen, dass hier höchstens $^1/_4$ dauernd geheilt werden, d. h. „von 100 krebskranken Frauen heilen wir heute durch „eine Operation nur ca. 10.

„Allen Zweiflern an der Heilbarkeit des Uteruskrebses, wie „sie ja unter den praktischen Aerzten, welche immer wieder die „Rezidive nach den Operationen sehen, nicht selten sein „werden, müssen diese Zahlen zunächst den absoluten Be- „weis geben, dass der Uteruskrebs durch Opera- „tion heilbar ist. Man kann sogar behaupten, dass für „jeden Krebs ein Moment besteht oder bestanden hat, wo er „durch einen radikalen Eingriff hätte dauernd beseitigt werden

„können; denn der Uteruskrebs ist ein Leiden, welches zunächst „an einer umschriebenen Stelle sich entwickelt; dann aber ver- „breitet er sich in kurzer Zeit lokal und auf dem Wege der „Blut- und Lymphbahnen derart, dass er nicht mehr mit Aus- „sicht auf Erfolg operiert werden kann.

„Unsere Aufgabe muss sein, den Uteruskrebs zur „Operation zu bringen, ehe diese zu weite Ausbreitung „eingetreten ist. Um dies zu erreichen, müssen wir zunächst „die Gründe kennen, warum 90 % der Frauen so spät kommen, „dass eine Hilfe nicht mehr möglich ist. Um über diesen Punkt „Klarheit zu gewinnen, habe ich im Jahre 1891 und 1895 in „Berlin und 1902 in Königsberg Untersuchungen durch ge- „naueste Befragungen der Kranken angestellt. Dieselben haben „in übereinstimmender Weise ergeben (Untersuchungen an „anderen Orten haben dieselben Resultate gezeigt),

„dass ein sehr kleiner Teil von Uteruskrebsen für eine Ope- „ration schon zu weit vorgeschritten ist, ehe er überhaupt „Symptome macht,

„dass eine beträchtliche Zahl durch die konsultierten „Aerzte verschleppt wird,

„dass die Hebammen, welche häufig zunächst um Rat befragt „werden, die Fälle meistens verschleppen,

„dass die grösste Zahl der Verschleppungen auf die Schuld „der Frauen selbst zu setzen ist.

„Ich will mich an dieser Stelle nur damit beschäftigen, inwieweit „das Wohl der krebskranken Frauen von dem Verhalten „des konsultierten Arztes abhängt. —

„Die Wichtigkeit des ärztlichen Rates ergibt sich zunächst „daraus, dass

„57 % der krebskranken Frauen sich zunächst „an den Hausarzt wenden,

„(31 % direkt an die Frauenklinik, 12 % an die Heb- „ammen).

„Das ideale, ich möchte lieber sagen, das selbstverständliche „Verhalten des Arztes kann ja nur darin bestehen:

„1. dass er die mit Unterleibssymptomen zu ihm kommenden Kranken sofort innerlich untersucht,
„2. die Diagnose auf „Krebs“ richtig stellt,
„3. die Kranke sofort an einen Operateur überweist.

„I. Die innere Untersuchung.

„Die innere Untersuchung ist selbstverständlich die Grund„lage des richtigen Verhaltens; ohne sie keine Diagnose und „keine Operation.

„Bei meinen ersten Untersuchungen in Berlin fiel es mir „sofort auf, dass eine grosse Zahl von Aerzten diese Bedingung „nicht erfüllt hatten, sondern die Kranken kürzere oder längere „Zeit behandelten, ohne sie überhaupt zu untersuchen; es war „bei einem Drittel der Kranken; bei einer späteren Er„hebung war es etwas besser. Meine Untersuchungen hier in „Ostpreussen haben ergeben, dass 14% der Aerzte die Frauen „nicht innerlich untersucht und doch in Behandlung behalten „haben; damit sind nun 14%, d. h. jedes siebente Kar„zinom, wenn es nicht rechtzeitig andere Hilfe sucht, „verloren. — Ich möchte aus meinem hiesigen Material einige „beweisende Fälle anführen.

„Fr. Z. konsultierte vor 7 Monaten wegen Blutungen in „der Menopause einen Arzt; derselbe untersuchte nicht, sondern „meinte, dass die Blutung von selbst aufhören würde. Als das „nicht eintrat, wandte sich Patientin an einen anderen Arzt, „welcher sofort innerlich untersuchte, einen Krebs diagnosti„zierte und Patientin an die Klinik verwies. Der Krebs war „nicht mehr zu operieren.

„Fr. G. Seit 4 Monaten Blutungen und Ausfluss in der „Menopause. Unmittelbar nach Beginn des Leidens wendet „sich Patientin an einen Arzt, der sie ohne Untersuchung damit „tröstete, dass es sich um die gewöhnlichen Unregelmässigkeiten „der Wechseljahre handelt. Als keine Besserung eintrat, wurde „nach 3 Wochen derselbe Arzt wieder konsultiert; er untersuchte „abermals nicht, sondern verschrieb Medizin. Nach weiteren

„5 Wochen wandte sich Patientin an einen zweiten Arzt, welcher, „ohne zu untersuchen, sie nach 8 Tagen zur Behandlung be- „stellte. Vor kurzem Konsultation eines dritten Arztes, welcher „sie sofort in die Klinik schickte. Der Krebs war nicht mehr „zu operieren.

„Aus meinem Berliner Material führe ich noch folgenden „Fall an:

„Fr. M. Seit 7 Monaten Krebssymptome. Pat. bittet ihren „Hausarzt, welcher ihren kranken Mann täglich besucht, wieder- „holt direkt um eine genaue innere Untersuchung, ja Pat. hat „ihren Arzt wiederholentlich zu diesem Zweck in seiner Sprech- „stunde aufgesucht, ohne ihr Ziel zu erreichen. Der Arzt erklärt „es immer für ungefährlich und für Zeichen der Wechseljahre. „Erst nach mehreren Monaten untersucht der Arzt schliesslich „und schickt die Kranke in die Klinik. Der Krebs war lange „inoperabel.

„Aehnlich lauten viele andere Anamnesen. — Der Erfolg „drückt sich an meinem ostpreussischen Material sehr deut- „lich in Zahlen aus.

„Von den Frauen, welche in die Klinik kamen aus „den Händen der Aerzte, welche sofort untersucht „hatten, waren 54% operabel, und von den Kranken „der Aerzte, welche nicht untersucht hatten, waren „38% operabel.

„Dass die Unterlassung der Untersuchung, dieses „ersten Schrittes zur Diagnose, einer Reihe von „Frauen das Leben kostet, ist damit bewiesen.

„Man muss sich nun fragen: Aus welchen Gründen „wird denn die Untersuchung unterlassen?

„In erster Linie sind die Frauen selbst daran schuld; denn „sie verweigern die Untersuchung oder suchen sie auf jede Weise „hinauszuschieben. Die Scham vor dem Arzt (namentlich vor „dem persönlich bekannten Hausarzt), die Furcht vor Schmerzen, „die Furcht vor dem Ausspruch des Arztes, die Vermeidung der „Kosten sind die Gründe; „sie seien nicht darauf eingerichtet“

„ist ein auch mir oft gemachter Vorwand, wenn sie gerade „bluten oder unreine Wäsche tragen.

„Es ist sicher eine schwere Aufgabe für den Arzt, alle diese „Gründe und Vorwände zu überwinden und die innere Unter-„suchung zu erzwingen.

„Nicht minder häufig hat aber der Arzt seine Gründe, wes-„halb er nicht untersucht. Auch deren sind die verschiedensten: „Unsicherheit in der Technik der Untersuchung und in der „Diagnose, vollständige Ablehnung jeder gynäkologischen Tätig-„keit, Mangel an geeigneten Instrumenten, augenblicklicher „Mangel an Zeit, die Ansicht, während einer Blutung besser „nicht zu untersuchen (nur richtig bei einer normalen Periode), „zu optimistische Auffassung der Symptome (Wechseljahre), „Zahlungsunfähigkeit der Kranken u. a. m. sind die Gründe, „weshalb die Untersuchung unterbleibt oder aufgeschoben wird. „Der Aufschub ist oft ebenso verhängnisvoll wie die gänzliche „Unterlassung, weil mittlerweile wieder alle Bedenken von seiten „der Frau ihren verschleppenden Einfluss entwickeln.

„Es gibt nur eine Regel: Man soll eine jede unter-„leibskranke Frau sofort untersuchen, namentlich dann, „wenn ein Verdacht auf Krebs besteht.

„Der Krebsverdacht gründet sich auf gewisse Symptome, „es sind Blutungen nach dem Beischlaf; nur in seltenen „Fällen vorkommend bei Erosionen, Polypen, Endometritis;

„Blutungen in der Menopause (d. h. nachdem die Regel „vielleicht ein Jahr oder länger ausgeblieben ist) finden fast aus-„nahmlos ihre Erklärung durch den Krebs;

„Unregelmässige, garnicht an den Typus der Men-„struation gebundene Blutungen werden in vielen Fällen „durch Krebs hervorgerufen;

„Blutig-wässeriger, sogen. fleischwasserähnlicher „Ausfluss entsteht meistens durch oberflächlich ulzerierende „Karzinome.

„Uebelriechender, fötider Ausfluss entsteht am häufig-„sten durch eine zerfallende Neubildung.

„Schmerzen sind meistens nur bei weit vorgeschrittenem „Krebs vorhanden.

„Ich halte eine genaue Kenntnis dieser Symptome deshalb „für wichtig, weil beim Vorhandensein derselben eine sofortige „Untersuchung unbedingt notwendig ist; ich halte es sogar für „berechtigt, auf die Möglichkeit eines Krebses hinzuweisen, um „sie zu erzwingen.

„Ob der Arzt die Untersuchung immer selbst vornimmt „oder die Kranke zu dem Zwecke sofort an einen Operateur „verweist, ist irrelevant; nur wäre in letzterem Falle ein Druck „auf die Kranke oder ev. eine Kontrolle, ob der Rat befolgt, „sehr erwünscht.

„Häufig habe ich erfahren, dass allzu jugendliches Alter „oder blühendes Aussehen die Aerzte von der Vermutung abge-„halten hat, dass es sich um Krebs handele; dem gegenüber „betone ich, dass Krebs in den dreissiger Jahren und selbst in „den zwanziger nicht selten ist und die Kranken das kachektische „Aussehen fast immer erst in den späteren Stadien bekommen. „Beginnende Krebse stören das Allgemeinbefinden nicht im ge-„ringsten. — Schwarzhaarige oder dunkelbrünette Frauen sind „immer aufmerksamer im Auge zu behalten als helle Blondinen, „weil bei ihnen der Krebs viel häufiger ist.

„Als ersten Grundsatz resümiere ich: Jede Frau mit „Ausfluss oder Blutungen muss sofort untersucht wer-„den, vor allem, wenn dieselben in der für Krebs be-„zeichnenden Form auftreten; weigert die Kranke die „Untersuchung nachhaltig, so soll der Arzt in strikter „Form die Verantwortung ablehnen.

„II. Die Diagnose des Krebses.

„Die Diagnose des Krebses ist im allgemeinen leicht in dem „Stadium, in welchem er jetzt dem Arzt zu Gesicht kommt; „wenn aber mit der zunehmenden Bildung und mit abnehmen-„der Indolenz des Publikums die Frau schon bei den ersten

„Symptomen den Arzt aufsuchen wird, werden Schwierigkeiten „bei der Diagnose und Unsicherheiten häufiger werden.

„Die Diagnose kann nur durch die Untersuchung gestellt „werden; Symptome, selbst wenn sie einen noch so grossen Ver- „dacht erwecken, geben niemals die Sicherheit. Es ist nicht „meine Absicht, an dieser Stelle die Befunde zu erwähnen, aus „denen man Krebs diagnostiziert; ich verweise auf die moder- „nen Lehrbücher der Gynäkologie, welche sich wohl in den „Händen der meisten Aerzte befinden. Es ist natürlich, dass „der Arzt, welcher diese über Tod und Leben entscheidende „Diagnose zu stellen unternimmt, genau über die Befunde des „beginnenden Krebses orientiert sein muss; andernfalls soll er „lieber die Hilfe einer Klinik oder eines Spezialarztes in An- „spruch nehmen. Zu meiner Freude muss ich erwähnen, dass „die Fälle, welche meiner Klinik wegen Verdacht auf Karzinom „zur sicheren Diagnosenstellung zugewiesen werden, immer häu- „figer werden. Wenn es natürlich für das Ansehen des Arztes „besser ist, dass er selbst den Fall sicher erkennt, so wird „ihm doch der gewissenhafte Weg des Ratholens nicht verargt „werden.

„Für die beginnenden Karzinome, welche allmählich immer „häufiger dem Arzte zu Gesichte kommen werden, wird derselbe „die anatomische Diagnose, welche jetzt meist nur in den „Kliniken und von Spezialisten angewendet wird, nicht mehr „entbehren können. Diese besteht darin, dass aus der verdäch- „tigen Härte oder aus dem verdächtigen Geschwür ein kleines „Stückchen ausgeschnitten, gehärtet und mikroskopiert wird; „aus dem anatomischen Bilde erwächst die einwandfreieste „Diagnose.

„Ich halte es für zulässig, dass der Arzt den ersten Teil „dieser diagnostischen Methode, die Beschaffung des ver- „dächtigen Materials, selbst übernimmt. Er erspart damit der „Kranken in vielen Fällen die Reise und hat für sich den Ruhm „der selbst gestellten Diagnose.

„Technik der Probeexzision.

„Instrumente: Simonsche oder ähnliche Spekula, Irrigator, „langes Lanzenmesser, lange Pinzette, Kugelzange, Nadelhalter, „Nadel, Jodoformgaze.

„Assistenz: Eine Hebamme.

„Verfahren: Die Kranke wird auf einen Tisch gelegt, die „Beine gespreizt auf zwei Stuhllehnen; keine Narkose, da der „Eingriff schmerzlos ist. Darauf Abreiben der Vulva mit Seife, „später mit $^1/_2$—1$^0/_0$ Lysollösung; dann Ausreiben der Vagina „mit Lysol. Einstellen der Portio vaginalis im Simonschen „Spekulum und Fixieren mit einer Kugelzange. Die Hebamme „hält hintere Platte und Kugelzange, die vordere Platte kann „entfernt werden. Aus der verdächtigen Stelle wird mit Pin„zette und Messer ein kleiner Keil, dessen Schneide ins Ge„webe des Kollum greift, so herausgeschnitten, dass gerade „die Grenze des Gesunden und Kranken getroffen wird. Der „Keil soll an der Basis ca. 1—1$^1/_2$ cm lang und ca. $^1/_2$ cm „breit sein. Die Blutung ist meist unbeträchtlich und wird „mit ein bis zwei Katgutnähten gestillt. Feste Tamponade mit „Jodoformgaze für zwei Tage. 2—3 Tage Bettruhe.

„Das ausgeschnittene Gewebsstück wird in reinem Wasser „abgespült und in ein Gläschen mit absolutem Alkohol gelegt. „— (Untersuchung siehe unten.)

„Es ist eine mir immer wieder begegnende Tatsache, dass „die Diagnose des Krebses im Gebärmutterkörper viel „häufiger nicht gestellt wird, als die des Krebses am Kollum und „zwar meistens deshalb, weil nicht daran gedacht wird. Der „Arzt begnügt sich, wenn die Symptome auch noch so verdächtig „sind, meistens damit, dass er das Kollum untersucht, und wenn „er dasselbe frei findet, die Kranke für gesund erklärt. Die Tat„sache, dass der Krebs des Gebärmutterkörpers eine recht häu„fige Erkrankung ist, ist nicht genügend bekannt; auf ca. „sieben Kollumkrebse kommt ein Korpuskrebs.

„Namentlich in denjenigen Fällen, wo es sich um Blu„tungen nach der Menopause handelt, soll der Arzt, wenn er das „Kollum frei findet, immer noch das Korpus auf Krebs genau „untersuchen.

„Der Krebs des Gebärmutterkörpers lässt sich in den frühen „noch für Operation geeigneten Stadien nur dadurch diagno„stizieren, dass man durch die sogen. Probeausschabung Ge„webeteile aus dem Körper herausholt und mikroskopisch unter„sucht; alle anderen Methoden sind unsicher oder nur in der „Klinik anwendbar.

„Auch hier kann derjenige Arzt, welcher zu cürettieren „versteht, den ersten Teil der Methode, die Beschaffung des „Materials, selbst übernehmen; wer noch niemals cürettiert „hat, unterlässt es lieber, da diese Ausschabungen besonders „schwierig sind.

„Technik der Probeausschabung.

„Instrumente: Simonsche Spekula, Kugelzange, Irrigator, „Uteruskatheter, zwei Curetten (breit und schmal), Uterusdila„tatoren von Metall.

„Assistenz: Ein Arzt für die Narkose und die Hebamme „für das Halten der Instrumente.

„Verfahren: Die Kranke wird ebenso plaziert wie oben; „Narkose ist unbedingt notwendig, um den Eingriff vollständig „vornehmen zu können. Desinfektion wie oben. Einstellen und „Anhaken der Portio vaginalis. Dilatation des Cervix bis zur „Durchgängigkeit einer grösseren Curette. Uterusausspülung „mit Lysol. Einführen der Curette, mit welcher die ganze „Uterushöhle und der obere Teil des Cervix ausgekratzt wird „(systematisch: vordere Wand, hintere Wand, rechte Kante, „linke Kante, Fundus, Cervix). Dann abermals Ausspülung. „Die bei der Ausspülung sich entleerenden Gewebsstücke wer„den sorgfältig aufgefangen und das ganze Material, nachdem „es durch Abspülen von dem anklebenden Blut befreit, in einem „Gläschen mit absolutem Alkohol gehärtet. Nur bei genauester

„Befolgung dieser Vorschriften kann man auch den cirkum-„skripten Krebs mit Bestimmtheit erfassen.

„Der zweite und entscheidende Teil der Diagnose, die „mikroskopische Untersuchung des gewonnenen Mate-„rials, kann nicht von dem Arzt geleistet werden; denn sie „setzt das ganze mikroskopische Instrumentarium, die Be-„herrschung der mikroskopischen Technik und eine grosse Er-„fahrung im Beurteilen voraus.

„Der Arzt wird das Material einem pathologischen Institut „oder einem erfahrenen Mikroskopiker einsenden. Ich stelle „das Laboratorium meiner Klinik gerne für unent-„geltliche Untersuchung dieser Massen zur Ver-„fügung. Das Fläschchen, welches das Material in absolutem „Alkohol beherbergt, muss sorgfältig in Watte verpackt werden „und mit einigen Angaben versehen an das Laboratorium der „Königlichen Universitäts-Frauenklinik (Drummstrasse 22/24) „eingeschickt werden; nach spätestens 6—8 Tagen kann die „Antwort erteilt werden. (Porto beifügen.)

„Am gefährlichsten für die Kranke ist der von den Aerzten „nicht selten eingeschlagene Weg, durch Abwarten und Beobach-„ten zur richtigen Diagnose zu kommen. Namentlich bei ver-„dächtigen Geschwüren wartet der Arzt ab, um die Benignität „aus der Heilung, die Malignität aus dem Fortschreiten zu „schliessen. Das ist bei bestehendem Krebs natürlich ein ver-„hängnisvoller Zeitverlust; die sichere Diagnose muss „bei allen auf Krebs verdächtigen Fällen innerhalb „einiger Tage erzwungen werden. Noch bedenklicher „ist die häufig ex juvantibus erstrebte Diagnose bei Anwendung „von Aetzmitteln, welche die gutartigen Geschwüre zur Heilung „bringen sollen. Zu den Fehlern des Abwartens tritt noch als „weitere Störung hinzu, dass die Aetzung das Bild des Karzi-„noms verwischt und dadurch die richtige Diagnose erschwert.

„Fehler in der Diagnose werden natürlich immer wieder „vorkommen; das liegt im Bereich des menschlichen Irrens. Ich „glaube, dass sie auf das möglichst niedrige Mass beschränkt

„werden durch die häufige Anwendung der anatomischen Dia-„gnose oder durch Einholen eines spezialistischen Rates in jedem „zweifelhaften Fall.

„III. Die Ueberweisung an den Operateur.

„Sobald die Diagnose auf Krebs feststeht, ist „eine sofortige Ueberweisung an den Operateur un-„bedingt notwendig; jeder Tag verchlimmert, wenn auch „unmerklich, die Situation, und ein Aufschub von einer Woche „und mehr kann schon einen Krebs inoperabel machen. Der „Arzt muss der Kranken die Operation so dringlich als möglich „machen, eventuell unter Hinweis auf drohende Malignität des „Leidens. Alle wirtschaftlichen oder ökonomischen Einwände „müssen von seiten der Kranken fallen; schon bei jedem Auf-„schub kann wieder eine gegenteilige Beeinflussung von anderer „Seite Platz greifen. Der Arzt hat häufig einen schweren Stand „mit seinem Rat, sofort sich operieren zu lassen; ich halte „es für den wirksamsten Druck, wenn er die wahre Natur des „Leidens durchblicken lässt und auf die relative Ungefährlichkeit „der Operation hinweist, — bei beginnendem Krebse, welche „noch vaginal operiert werden, ca. 5 % Mortalität.

„Der Widerstand der Kranken gegen jede Operation ist ja „eine alltägliche Erscheinung; ich möchte aber trotzdem noch „einige eklatante Beispiele davon anführen.

„Fr. J. konsultiert wegen Blutung einen Arzt; derselbe „untersucht die Patientin und rät ihr, in die Klinik zur Ope-„ration zu gehen. Patientin hoffte jedoch ohne Operation auf „Besserung und geht nicht. Nach drei Monaten konsultierte „sie einen anderen Arzt, welcher sie untersuchte und denselben „Rat gab. Patientin ging abermals nicht und erst nach weiteren „drei Monaten, als ihr Leiden unerträglich wurde, erschien sie; „es war ihr nicht mehr zu helfen.

„Fr. H. konsultierte vor einem Jahr wegen Krebssym-„ptomen einen Arzt, welcher ihr den Rat gab, zwecks Heilung „sofort die Klinik aufzusuchen; Patientin folgte dem Rat aus

„Geldrücksichten nicht. Danach fanden noch mehrere Konsul-„tationen desselben Arztes statt, welcher immer zum Besuch „der Klinik riet, zuletzt vor zwei Monaten; jetzt endlich er-„scheint Patient auf Drängen ihres Mannes. Die Zeit für eine „Operation war längst vorüber. —

„In einigen meiner Fälle war dadurch viel Zeit versäumt „worden, dass der Arzt den Besuch der Klinik wohl angeraten, „aber ihn nicht dringlich gemacht hatte; bei der bekannten Un-„lust zur Operation benutzen natürlich die Frauen diese Lizenz „sofort zu einem Aufschub nach Belieben.

„Sehr fehlerhaft war das Verhalten einiger Aerzte, welche „trotz der sicheren Diagnose zunächst eine Behandlung mit „Aetzmitteln versucht hatten und dann die Kranken mit dem „brieflichen Vermerk schickten, dass sie nach Erfolglosigkeit „dieser Behandlung jetzt eine Radikaloperation für nötig hielten.

„Jeder Krebs, welcher überhaupt noch operabel „ist, muss sobald als möglich durch eine radikale „Operation angegriffen werden. Die wichtige Frage, ob „ein Krebs noch operierbar ist oder nicht, soll der Arzt selbst „nicht zu entscheiden versuchen sondern dem Operateur über-„lassen; denn dieses Urteil ist nur auf Grund schwieriger und „genauer Untersuchungen des Parametriums zu gewinnen und „schwankt je nach der Art der Operation.

„Ich resümiere das richtige Verhalten des Arztes gegen-„über den Frauen mit Gebärmutterkrebs in folgendem:

„1. Sofortige innere Untersuchung aller Frauen „beim geringsten Verdacht auf Krebs.

„2. Sofortige Diagnose mit allen zu Gebote stehen-„den Mitteln.

„3. Sofortige Ueberweisung an einen Operateur, „sobald die Diagnose auf Krebs feststeht.

„Bei der grossen Bedeutung, welche der Hausarzt bei der „Beratung der krebskranken Frauen spielt (s. oben), ist es nicht „zu bezweifeln, dass durch strikteste Befolgung dieser Ratschläge „mancher Frau das Leben erhalten werden kann. Damit wäre

„ein Faktor ausgeschlosssen, welcher die Operabilität der Uterus-„krebse ungünstig beeinflusst; ein weiterer ist, wie oben aus-„geführt, das inkorrekte Verhalten der Hebamme und das be-„denklichste Hemmnis für die rechtzeitige Operation der Krebse „das Verhalten der Kranken selbst. Ich habe die Absicht, in „entsprechender Weise auf die Hebammen einzuwirken und „mich in einem Aufruf an die Frauen selbst zu wenden. Ich „gebe mich der Hoffnung hin, dass durch diese „Schritte die Operabilität des Uteruskrebses sich „in unserer Provinz bedeutend günstiger gestalten „wird, als es bislang der Fall war.

„Professor Winter."

Diese Broschüre habe ich im Dezember 1902 an alle Aerzte Ostpreussens geschickt; dieselbe Broschüre wurde mit einigen Aenderungen um dieselbe Zeit auf meinen Antrag von der ost- und westpreussischen Gesellschaft für Gynäkologie an alle Aerzte Westpreussens verschickt, so dass im ganzen ca. 1200 Aerzte direkt über ihre Aufgaben bei der Diagnose des Uteruskrebses belehrt worden sind. — Soweit es mir persönlich bekannt geworden ist, ist diese Art der Belehrung sehr dankbar aufgenommen worden; unliebsame Urteile darüber sind mir persönlich weder direkt noch indirekt zu Ohren gekommen. Ich habe das Vertrauen zu unseren Aerzten, dass niemand die Broschüre geringschätzig beiseite geworfen hat oder nach Lektüre derselben bei seinem alten Standpunkt beharrt; Alles zu erreichen, was ich erstrebe, das zu hoffen wage ich allerdings nicht. Von einem wirklichen Erfolg kann ich natürlich noch nicht sprechen, aber ich will doch anführen, dass mir seit dem Versenden der Broschüre keine eklatanten Verschleppungen durch Aerzte mehr bekannt geworden sind, dass dem Laboratorium meiner Klinik sehr häufig anatomisches Material zur Untersuchung geschickt worden ist und dass eine grosse Zahl Kranker zur Diagnose eines krebsverdächtigen Befundes der Klinik überwiesen wurde. Denselben Erfolg

berichten mir auch die übrigen operierenden Frauenärzte in Königsberg und in der Provinz, mit welchen ich wegen dieses Gegenstandes in beständiger Fühlung bin. Ich kann es nicht dankend genug hervorheben, dass alle Kollegen ausnahmslos bei diesen Versuchen zur Bekämpfung des Uteruskrebses mir behilflich sind und sich mühevollen Bearbeitungen ihres eigenen Materials für diesen Zweck unterzogen haben; es ist diese gemeinschaftliche Arbeit eine der ersten Früchte unserer ost- und westpreussischen Gesellschaft für Gynäkologie, welche fast alle Frauenärzte beider Provinzen zu gemeinsamer Arbeit umfasst. — Die Zukunft wird es nun lehren, wie gross der Erfolg dieser Broschüre sein wird, wie lange derselbe dauern wird und wann etwa die Belehrung wieder aufzufrischen sein wird; ich werde demnächst im Zentralblatt für Gynäkologie über den im Jahre 1903 erreichten Erfolg berichten.

2. Die Hebammen.

Dass man bei der Erörterung über die Karzinomdiagnose den Hebammen einen besonderen Abschnitt widmen muss, liegt in der eigenartigen Stellung, welche dieselben zu der Frauenwelt und zu den gynäkologischen Krankheiten derselben einnehmen. Da das Hebammenlehrbuch und die Instruktion jede Behandlung von Frauenkrankheiten, soweit sie nicht mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in direktem Zusammenhang stehen, aussschliesst, so ist von Rechtswegen jede Hebamme, welche sich auf dieses Gebiet begibt, als Kurpfuscherin zu betrachten. Der Schutz aber, den die Hebammen als staatlich approbierte Personen geniessen, der Umstand weiter, dass die vielfachen engen Beziehungen zwischen Frauenkrankheiten und Generationsvorgängen sie zwingen, jenen nicht ganz fern zu bleiben, lässt die Strenge dieser Auffassung nicht zu und gewährt ihnen eine gewisse Freiheit in diesen Dingen. Das weibliche Publikum, welches die gesetzliche Beschränkung der Hebammentätigkeit auf Geburtshilfe nicht kennt, sieht häufig, namentlich

auf dem Lande, in ihnen den weiblichen Doktor; sie wenden sich mit allen Unterleibssorgen an die Hebamme, namentlich wenn dieselbe bei Geburten schon früher erfolgreich Beistand geleistet hat. Diese Gründe also, einerseits Bewegungsfreiheit unter staatlichem Schutz und andererseits das Vertrauen, welches sie bei dem des wahren Sachverhalts unkundigen Publikum finden, sind es, welche den Hebammen bei der Diagnose des Uteruskrebses eine bedeutende Rolle zuweisen.

Die Zahl der Frauen, welche sich zuerst mit ihrer Klage an eine Hebamme wenden, ist gross; an dem Berliner Material waren es 1891 15 %, 1895 17 %, an meinem ostpreussischen Material waren es 11,7 %; weniger werden es wohl anderswo kaum sein. Nach meinen Erfahrungen erhöht sich diese Zahl von Krebskranken, welche in ihrem Schicksal von Hebammen abhängen, dadurch noch bedeutend, dass die Hebamme nicht immer ex officio um Rat gefragt wird, sondern ihr oft nur gelegentlich eines Gespräches eine unscheinbare Klage von seiten der Kranken mitgeteilt wird; jede dabei gemachte beruhigende Äusserung oder jeder Ratschlag der Hebamme fällt in seiner Wirkung dennoch voll ins Gewicht; manche Kranken haben mir erzählt, dass sie der Hebamme gelegentlich eines zufälligen Zusammentreffens auf der Dorfstrasse oder bei der Entbindung einer Nachbarin von ihrem Leiden geklagt und dafür Rat empfangen hätten; der Einfluss der Hebamme ist demnach, namentlich beim ländlichen Material, noch viel grösser, als er sich in obigen Zahlen ausdrückt. Diese autoritative Stellung hat die Hebamme natürlich häufiger auf dem Lande als in der mit Aerzten reichlich versehenen Stadt; von 32 Fällen, welche von Hebammen beraten waren, kamen 21 vom Lande und 11 aus der Stadt. Nach obigen Zahlen muss man annehmen, dass wenigstens in jedem zehnten Fall das Schicksal der Krebskranken von dem Verhalten der Hebamme abhängen kann; Grund genug, um demselben die grösste Beachtung zu schenken. Da die Hebammen von dem klinischen Bilde des Krebses nichts verstehen, so werden sie denselben nicht erkennen, und da sich unter ihnen

leider eine grosse Zahl mit ethisch sehr niedrigem Standpunkt befindet, so werden diese die Kranken nicht an den Arzt verweisen, sondern aus Gewinnsucht in Behandlung behalten. Das lehren uns auch die Erhebungen an den Kranken in vollstem Masse. Meine ersten Erfahrungen in Berlin (1891) lehrten, dass von 9 Frauen mit Krebs nur 2 an den Arzt verwiesen waren, während 7 Hebammen (78 %) die Kranken in Händen behielten und mit allerlei unwichtigen Dingen behandelten, bis sie sich schliesslich andere Hilfe suchten. Im Jahre 1895 ergaben die Erhebungen — wie es mir scheint infolge vielfacher Bearbeitungen der Hebammen — ein etwas besseres Resultat, denn von 20 Hebammen waren es nur 12 (d. i. 60 %), welche die Krebskranken — mit oder ohne Diagnose, das bleibe dahingestellt — in ihren Händen behielten. Bei meinem ostpreusischen Material traten 28 Hebammen in Tätigkeit, von denen 15 (d. i. 54 %) die Kranken in eigener Behandlung behielten. Entziehen sich die Kranken nicht rechtzeitig diesem verderblichen Einfluss, so sind sie natürlich verloren: man sieht daraus, wie wichtig es ist, diesem Gebaren der Hebammen entgegenzutreten. (*Thorn* hat unter seinem Material 2 Hebammen, welche dadurch selbst das Opfer ihrer Nachlässigkeit geworden sind, dass sie ihre eigenen Krebsleiden verschleppten).

Zunächst handelt es sich darum, einen Standpunkt zu gewinnen, welcher die Verschleppung des Karzinoms durch die Hebamme unmöglich macht. — Derselbe kann natürlich nur der sein, dass die Hebamme *jede Kranke mit gynäkologischen Beschwerden dem Arzt zuweist*. Mit dem Erfolg dieser Vorschrift wird es aber ähnlich aussehen, wie mit dem Verlangen des Arztes, eine jede Kranke mit gynäkologischen Symptomen untersuchen zu wollen; sie wird nicht befolgt, wenn die Hebamme nicht den gehörigen Nachdruck darauf legt, und den wird sie nur dann darauf legen können und wollen, wenn sie hinter den Klagen der Kranken einen Krebs vermutet. Angesichts des Bestrebens der Kranken, sich den Untersuchungen zu entziehen, wird man deshalb der Hebamme die Mittel in

die Hand geben müssen, den gehörigen Nachdruck auszuüben, und das ist die Kenntnis der Karzinomsymptome, auf deren Schilderung ich an dieser Stelle verzichte. — Es fragt sich nun, ob man den Hebammen überhaupt verbieten soll, die Untersuchung der Kranken vorzunehmen. Da die Ueberweisung an den Arzt doch unter allen Umständen erfolgen soll, so ist eine Untersuchung natürlich unnötig und wäre überhaupt nur von dem Standpunkt aus zu rechtfertigen, als sie den ohnedies so bedürftigen Hebammen zu einem Verdienst verhülfe. Ich halte die Untersuchung seitens der Hebamme aber für direkt gefährlich; denn die Hebamme wird in allen Fällen, wo sie untersucht hat, auch ein Urteil abgeben wollen oder müssen — das glaubt sie ihrem Renommee schuldig zu sein und das ist die Gegenleistung gegen das gezahlte Honorar —, und dieses Urteil ist die Gefahr. Es wird in allen beginnenden Fällen „günstig“ oder „abwarten“ lauten, weil die Hebamme diesen Zustand nicht erkennen kann, und die Verschleppung ist da. Am sichersten entgeht die Krebskranke einer Verschleppung durch Hebammen, wenn diese angehalten werden, in jedem gynäkologischen Fall die Kranke, ohne vorher zu untersuchen, an den Arzt zu verweisen, und dies, wenn der Fall krebsverdächtig ist, mit dem nötigen Nachdruck zu tun oder am besten, die Kranke selbst hinzuführen. — Wer die Hebammenverhältnisse kennt, wird, gleich mir, nur hierin den richtigen Weg sehen.

Wie soll man nun den Hebammen diesen Standpunkt beibringen? In erster Linie ist auch hier der Lehrer berufen, den Schülerinnen den richtigen Weg zu weisen. Obgleich das Lehrbuch den Krebs offiziell nicht kennt (nur als Komplikation in der Geburt ist er kurz erwähnt), halte ich es in Anbetracht der Stellung, welche die Hebamme tatsächlich in gynäkologischen Dingen innehat, für richtig, dass die Hebamme über die Bedeutung des Uteruskrebses und seine Erscheinungen, nicht aber in seiner Diagnose unterrichtet wird, und dass sie dabei, wie ich es oben beim klinischen Unterricht ausgeführt habe, mit den jetzigen Fehlern der Hebammen be-

kannt gemacht und ihr als einzig richtiger Weg die sofortige Ueberweisung an den Arzt anbefohlen wird. Wie bei den angehenden Aerzten, darf man sich auch bei den Hebammen nicht mit dem Unterricht begnügen, sondern muss den schon in der Praxis befindlichen Hebammen denselben Standpunkt beibringen. Hierzu ist viel mehr Gelegenheit gegeben, als bei den Aerzten, weil der Kreisarzt jede Hebamme alle 3 Jahre in der Nachprüfung sieht und der Hebammenlehrer selbst bei den doch wohl demnächst auch in Preussen obligatorisch werdenden Wiederholungskursen die Hebammen belehren kann. Namentlich mittelst der Nachprüfung wird Gelegenheit gegeben, innerhalb einer kurzen Spanne Zeit die Hebammen über den Krebs aufzuklären; hierfür wäre zunächst wieder die Anweisung der Kreisärzte durch die Regierungen, resp. dieser durch das Ministerium herbeizuführen. Es ist aber zweifelhaft, ob das Ministerium hierfür so leicht zu gewinnen wäre, weil dies nur ein Punkt der viel umfassenderen allgemeinen Bestimmungen über das Verhalten der Hebammen bei gynäkologischen Krankheiten sein würde. Wenn auch dieser Gegenstand einer demnächstigen Regelung durch die vorgesetzte Behörde wohl entgegensieht, so werden darüber doch noch Jahre vergehen, d. h. es werden noch Hunderte von Frauen der Unkenntnis und der Gewissenlosigkeit der Hebammen zum Opfer fallen. Deshalb habe ich auch hier zur Selbsthilfe gegriffen und für Ostpreussen den radikalsten Weg beschritten. Ich habe ein Flugblatt verfasst, worin ich in fasslicher Weise den Hebammen den Standpunkt beizubringen suche, welchen ich oben auseinandergesetzt habe. Ich lasse hier den Inhalt des Flugblattes folgen, weil ich hoffe, dass auch dieses Vorgehen vorbildlich für andere Provinzen werden könnte.

„Königsberg, Dezember 1902.

„An die Hebammen Ostpreussens!

„Die Hebammen werden gewiss wissen, dass der Gebär-
„mutterkrebs sehr häufig die Frauen befällt und dass alle diese

„Kranken sterben müssen, wenn ihnen nicht noch rechtzeitig „geholfen wird. Die einzige Hilfe für diese armen Kranken ist „eine Operation. Den meisten Frauen kann aber durch eine „Operation nicht mehr geholfen werden, weil sie zu spät kommen; „der Krebs ist schon so weit vorgeschritten, dass er nicht mehr „herausgeschnitten werden konnte. Das ist sehr traurig, und „darum müssen die meisten Frauen am Krebs sterben. Das „muss anders werden. Um nun herauszufinden, woran es liegt, „dass die meisten Kranken zu spät kommen, habe ich alle Frauen, „welche in den letzten vier Jahren in meine Klinik gekommen „sind, befragt, warum sie so spät gekommen sind. Dabei hat „sich herausgestellt, dass es meistens die Gleichgültigkeit der „Frau gegen ihr Leiden ist oder der Glaube, dass es schon „wieder von selbst besser werden würde, oder dass es die Angst „oder die Scham vor dem Arzt gewesen sind, die sie davon „zurückgehalten haben, den Arzt um Rat zu fragen.

„Es hat sich aber auch gezeigt, dass in vielen „Fällen die Hebamme daran schuld ist, dass die „Frau nicht zur rechten Zeit zur Operation ge„kommen ist; und darum wende ich mich jetzt an die „Hebammen.

„Die Hebamme ist oft die Zuflucht derjenigen Frauen, „welche gar nicht schwanger oder gebärend, sondern welche „unterleibsleidend sind. Das ist unrichtig, denn die Hebamme „hat nichts von Frauenleiden in der Hebammenlehranstalt ge„lernt und versteht deshalb auch nichts davon. Das wissen aber „die Frauen nicht; sie halten die Hebammen überhaupt für „Unterleibsdoktoren und wenden sich gerne an sie, wenn sie „mal von einer Geburt her Vertrauen zu ihnen haben. Das ist „gar nicht selten; ich habe von meinen Kranken gehört, dass „von sieben sich immer eine zuerst an eine Hebamme wendet.

„Was soll denn nun die Hebamme mit einer Kranken „machen, welche über Zeichen von Krebs klagt; sie soll sagen: „„Meine liebe Frau, wenn Sie unterleibsleidend sind, müssen „Sie sich an einen Arzt wenden; denn ich bin nur für Schwangere,

„Gebärende und Wöchnerinnen da“; vor allem soll sie dann „der Frau recht dringend raten, sofort zum Arzt zu gehen oder „womöglich sie selbst sofort hinbringen, wenn die Klagen der „Frau den Verdacht auf Krebs erwecken. Solche Klagen sind: „Blutungen nach dem Beischlaf, Blutungen längere Zeit nach „dem vollständigen Aufhören der Periode, ganz unregelmässige, „gar nicht mit einer Periode zusammenhängende Blutungen, „blutigwässeriger (wie Fleischwasser aussehender) oder übel- „riechender Ausfluss. Bei diesen Klagen ist dringend ärztliche „Hilfe nötig! Die Hebamme soll gar nicht erst unter- „suchen; denn sie versteht ja doch nichts vom Krebs. Sie kann „wohl einen dicken grossen Krebs erkennen, aber die kleinen, „welche gerade für die Operation gut sind, wird sie nicht er- „kennen und wird der Frau dann vielleicht sagen, dass alles in „Ordnung ist. — Die Hebamme wird aber immer gern noch erst „untersuchen wollen, weil sie damit etwas verdient; das ist aber „falsch; denn wenn eine Hebamme untersucht hat, so wird sie „auch ihre Meinung sagen müssen, und die wird dann meistens „verkehrt sein. Die Hebamme soll nicht bloss des Verdienstes „wegen untersuchen bei den Frauenleiden, für die sie nicht „angestellt ist. Das tun die Aerzte auch nicht; ein Frauenarzt „untersucht auch keine kranken Augen, bloss um etwas zu „verdienen, sondern schickt die Kranken zum Augenarzt.

„Also sofort zum Arzt mit der Kranken! Nun will „ich Ihnen aber erzählen, wie die Hebammen verfahren sind „mit den Krebskranken, welche nachher in meine Klinik ge- „kommen sind.

„30 Hebammen sind von diesen Kranken zu Rate gezogen „worden; davon haben aber nur drei ihre Kranken sofort zum „Arzt geschickt; neun haben erst schnell einmal untersucht, „natürlich um etwas zu verdienen, und dann zum Arzt geschickt. „18 Hebammen aber haben ihre Kranken untersucht und nicht „zum Arzt geschickt, vielleicht weil sie den Krebs nicht erkannt „haben, (was ja gar nicht zu verwundern ist) und haben die „Kranken selbst in Behandlung genommen. Diese 18 Heb-

„ammen haben durch ihre Gewissenlosigkeit ein „Menschenleben in Gefahr gebracht; ich will Ihnen „einige Beispiele davon mitteilen.

„Fr. H. leidet an Blutungen nach dem Beischlaf und übel„riechendem Ausfluss. Vor zwei Monaten fragte sie eine Heb„amme um Rat; diese verordnete Essigumschläge auf den Leib. „Da das natürlich nichts nutzte, wurde eine zweite Hebamme „um Rat gefragt, welche täglich $^1/_2$ Liter Salzwasser zu trinken „verordnete. Dann wandte sich die Kranke wieder an die erste „Hebamme, welche Pulver in Milch verordnete; schliesslich „schickte sie die Kranke zum Arzt, welcher sie an die Klinik „verwies. Der Frau war jetzt durch eine Operation nicht mehr „zu helfen. Diese beiden Hebammen haben ein Menschenleben „vernichtet; solche Beispiele könnte ich noch mehr erzählen.

„Nun aber ein anderes Beispiel:

„Fr. N. blutete seit langer Zeit unregelmässig. Vor vier „Tagen fragte sie eine Hebamme um Rat, welche ihr, ohne dass „sie sie untersucht, anrät, sofort zum Arzt zu gehen.

„Diese Hebamme hat richtig gehandelt.

„Wenn alle Hebammen so handeln würden, wie die letzte, „dann würden sicher die meisten Frauen, welche sich an die „Hebammen um Rat gewandt haben, durch eine Operation noch „von ihrem Leiden geheilt werden können. Ich hoffe, dass Sie „nach dem Durchlesen meines Blattes so handeln werden, wie „ich Ihnen angeraten habe; dann werden Sie Ihr Gewissen nicht „mit einem vernichteten Menschenleben belasten.

„Professor Dr. Winter,
„Direktor der Kgl. Universitäts-Frauenklinik und Hebammen-
„lehranstalt in Königsberg.“

Dieses Flugblatt ist durch Vermittelung der Kreisärzte — welche ihrerseits auf meinen Antrag hin von den beiden Bezirksregierungen dazu angehalten wurden — an alle Hebammen der Provinz Ostpreussen verteilt worden; es gelangten im Dezember 1902 ca. 1100 Flugblätter zur Versendung. — Der

Wirkung stehe ich etwas skeptischer gegenüber, als bei der an die Aerzte versandten Broschüre, weil Dummheit und Gewissenlosigkeit dem Erfolg entgegenstehen. Dafür werde ich aber aus den Anamnesen der nun weiter an mich gelangenden Karzinome das Verhalten der Hebammen kontrollieren und jede Hebamme, welche nicht meinem Vorschlag entsprechend handelt, dem Kreisarzt zur Anzeige bringen.

Ueber den direkten Erfolg des Flugblattes kann ich einen bemerkenswerten Fall mitteilen. Eine Krebskranke klagte einer Hebamme im November 1902 bei gelegentlichem Zusammentreffen auf der Dorfstrasse, dass sie blutigen Ausfluss habe, und erhielt von ihr, wie gewöhnlich, den Bescheid, dass es nichts bedeute und dass sie nur Spülungen machen solle. Inzwischen erhielt im Dezember die Hebamme mein Flugblatt; einige Wochen später traf die Kranke dieselbe Hebamme und klagte, dass es ihr noch nicht besser ginge; jetzt erhielt sie aber den Bescheid, dass sie nur so schnell wie möglich zum Arzt fahren solle, denn es könne auch etwas Bösartiges sein. Einer der operierenden Kollegen teilte mir auf meine Rundfrage mit, dass er seit Versenden meines Flugblattes zwei Karzinome in gut operablem Zustande zugewiesen erhalten habe, bei denen die Hebamme sofort nach Inanspruchnahme ihres Rates die Kranke zum Arzt geschickt habe. Wie sich der Erfolg weiter gestalten wird, wird die Zukunft lehren. In Anbetracht der Gefahren, welche die Konsultation einer Hebamme hat und, wenn auch im vermindertem Masse, immer behalten wird, halte ich es für das Richtigste, wenn die Frauen sich überhaupt nicht an eine Hebamme wenden. Um dies, soweit es möglich ist, zu erreichen, habe ich in einem später zu erwähnenden öffentlichen Aufsatz die Frauen davor gewarnt, sich mit diesen Dingen an Hebammen zu wenden.

3. Die Kurpfuscher.

Die Kurpfuscher bilden zweifellos eine grosse Gefahr für die Krebskranken, weil sie ausser stande sind, einen Krebs

überhaupt zu erkennen oder, wenn sie denselben mit Hilfe der ihnen leider häufig zur Verfügung stehenden ärztlichen Berater erkannt haben, den Kranken prinzipiell von einer Operation abraten; darum ist jede Frau, welche sich an einen Kurpfuscher wendet, verloren. Die Gefahr ist um so grösser, als diese durch ihre schwindelhafte Reklame sich bekanntlich ein unglaublich grosses Vertrauen verschaffen können. — Wie gross der Schaden durch Kurpfuscher ist, bin ich ausser stande, zahlenmässig zu belegen, weil hier in Ostpreussen, namentlich in kleinen Städten und auf dem Lande, das Kurpfuschertum in dieser Form nicht aufzutreten scheint; nur eine Kranke teilte mir mit, dass sie in die Hände eines durchreisenden Hamburger „Arztes" gefallen sei, und eine andere Kranke erzählte, dass sie sich ihren Rat bei einem Dorfschmied geholt habe. Das Operationsterrain dieser Menschen sind die grossen Städte; so z. B. teilt Dührssen einen eklatanten Fall von Verschleppung eines Krebses durch den Kurpfuscher Glüneke in Berlin mit. Dass Bayern, speziell München, unter diesem Einfluss viel zu leiden hat, verrät eine Expektoration von Klein. — Bei meinen weiteren Erhebungen werde ich auch diesem Gegenstand meine Beachtung schenken. So lange das Gesetz diesen Feinden unserer Wissenschaft freien Spielraum lässt, bleibt nichts anderes übrig, als die Frauen vor den Kurpfuschern zu warnen; das habe ich in dem später zu erwähnenden Aufsatz energisch getan.

4. Das Verhalten der Kranken.

Unendlich viel wichtiger als die von seiten der Aerzte, der Hebammen, der Kurpfuscher verschuldeten Verschleppungen sind die Sünden der Frauen gegen ihren eigenen Körper. Das fehlerhafte Verhalten der Kranken ist es in erster Linie, welches unseren Heilbestrebungen entgegensteht. Es ist dies eine jedem Arzt und jedem Operateur so geläufige Tatsache, dass es eines Beweises nicht bedarf. Wenn ich es trotzdem unternehme, einen zahlenmässigen Beweis hierfür zu erbringen, so ge-

schieht es wesentlich, um die Ausdehnung dieser Sünden klarzulegen und einen Vergleich mit späterer Zeit oder zwischen einzelnen Kategorien der Kranken und zwischen verschiedenen Ländern zu ermöglichen.

Das fehlerhafte Verhalten der Kranken liegt darin, dass sie

1. den ärztlichen Rat zu spät einholt, und
2. dass sie den Rat zur Operation garnicht oder zu spät befolgt.

Die späte Inanspruchnahme des ärztlichen Rates ist jedenfalls die häufigste Sünde. Ich habe schon 1891 versucht, zur Demonstration derselben ein wissenschaftlich brauchbares Material zu gewinnen, indem ich die Zeit berechnete, welche die Kranken von dem Auftreten der ersten Symptome bis zur Inanspruchnahme ärztlichen Rates verstreichen liessen. Allerdings muss man dagegen einwenden, dass der Beginn des Leidens ja dem Auftreten der ersten Symptome um eine gewisse, nicht zu bestimmende Zeit vorangeht; diese Zeit wird für die Krebskranke natürlich immer verloren sein, da ihr das Leiden nicht zum Bewusstsein kommt. Für unsere vergleichende Berechnung interessiert uns nur der Moment, welchen die Kranke selbst als den Beginn ihres Leidens bezeichnet. Dieser Moment hebt sich in der Anamnese meist gut ab, entweder schärfer als erste Kohabitations- oder erste postklimakterische Blutung, oder weniger scharf als erste irreguläre Blutung, oder als Auftreten von sanguinolentem Ausfluss. Für die hier zur Erörterung stehende Frage genügt diese Angabe und dass gegen die Brauchbarkeit dieses Materials nichts einzuwenden ist, dafür mag der Umstand sprechen, dass diese Untersuchungen vielfach wiederholt worden sind. Ich selbst habe drei Untersuchungsreihen angestellt, Berlin 1891, Berlin 1895, Königsberg 1898—1902; ausserdem liegen Zahlen vor aus Greifswald, Magdeburg, Leipzig, Wien, Bonn. Um einen Vergleich zu ermöglichen, will ich die Resultate der Erhebungen in eine Tabelle bringen, indem ich die Zahlen der Kranken zusammenstelle,

welche innerhalb des ersten Monats Rat einholten,

welche länger als einen Monat damit warteten,
welche länger als ein Vierteljahr warteten,
welche länger als ein halbes Jahr warteten,
welche länger als dreiviertel Jahre warteten,
welche länger als ein Jahr warteten.

Ort	Zahl der Fälle	im 1. Monat	länger als 1 Monat	länger als 1/4 Jahr	länger als 1/2 Jahr	länger als 3/4 Jahr	länger als 1 Jahr
Berlin 1891 . .	62	16	11	17	6	10	2
Berlin 1895 . .	95	20	28	25	10	5	7
Königsberg . .	234	33	43	61	28	42	27
Magdeburg . .	226	23	83	65	29	15	11
Leipzig . . .	235	32	78	65	23	25	12
Bonn	137	?	58	30	11	22	16
Greifswald . .	73	11	18	20	11	7	6
Wien	220	13	38	93	17	27	32
Summe der deutschen Orte	1062	135	319	283	118	126	81
Prozent . . .		13%	30%	27%	11%	12%	8%

Wenn man der Frau nach dem Auftreten der ersten Krebssymptome ungefähr einen Monat Zeit lässt, bis sie dieselben als etwas Besonderes erkennt und würdigt, bis sie alle inneren und äusseren Schwierigkeiten überwunden hat, so sieht man aus der Tabelle, wie gering die Zahl der Frauen ist, welche diese Forderung erfüllen. — Lassen wir das österreichische Material als ein in diesem Punkte uns nicht direkt berührendes beiseite, so sind es in Deutschland von 1062 Fällen 927, also 87%, welche mehr Zeit, als nötig ist, versäumten.

Nach Feststellung dieser auffälligen Tatsache müssen wir uns fragen, woran es liegt, dass so viel Zeit von seiten der Kranken versäumt wird. Soweit es das Leiden selbst betrifft, liegt der Grund darin, dass die Symptome desselben häufig so wenig charakteristisch sind, dass sie von den Frauen nicht beachtet werden, und dass sie denselben nur Unbequemlichkeiten und äusserst selten wirkliche Leiden verursachen. Wäre das erste Symptom des Uteruskrebses ein starker Schmerz, so stünde

es um die Kranken besser; dann würden sie sehr bald kommen und Abhilfe verlangen. Von seiten des Krebsleidens können wir nur den einen Umstand als Mithilfe bei unseren Bestrebungen betrachten, dass er (bis auf einzelne Fälle) wenigstens überhaupt sehr bald Erscheinungen macht; wieviel ungünstiger steht es in dieser Beziehung mit dem Ovarialkrebs, welcher sich in der Tiefe des Abdomens ohne alle Symptome bis zu vorgeschrittenem Stadium entwickelt.

Die eigentliche Schuld an dem „zu spät" der Operation hat gewöhnlich nicht der Krebs selbst, sondern die Trägerin.

Warum verschleppt nun die Kranke ihr Leiden, warum trägt sie selbst in den meisten Fällen die Schuld an ihrem unvermeidlichen Tode? Für die überwiegende Mehrzahl der Kranken kann man nur die Antwort geben, dass sie es selbst nicht wussten, dass sie einen Krebs haben; nur für eine kleine Zahl von Frauen möchte ich es zugeben, dass sie mit vollem Bewusstsein der gefährlichen Situation jede Beratung für unnötig erachten. So lieb hat auch die einfachste Frau ihr Leben, dass sie es zu erhalten sucht, wenn es in Gefahr ist und wenn ihr die Erhaltung desselben ermöglicht wird. Die Frauen kennen natürlich die ersten Symptome des Krebses nicht und halten die unregelmässigen Blutungen für ein Zeichen der Wechseljahre oder für das Symptom eines geringfügigen allgemeinen oder lokalen Leidens; ihr Optimismus bestärkt sie in der Annahme, dass es sich um ein Leiden handle, welches „von selbst wieder besser wird". — Neben dieser Unkenntnis und optimistischen Auffassung trägt die Indolenz und die Gleichgültigkeit für alles, was am eigenen Körper vor sich geht, die Hauptschuld. Bei der stumpfsinnigen Landbevölkerung findet man es am häufigsten, dass sie gar nicht den Gedanken fassen, dass sich etwas Pathologisches in ihnen abspielt. Mangel an Zeit an sich zu denken, das alles Denken vernichtende Uebermass der täglichen Arbeit und der Nahrungssorgen lässt ihnen alles, was die Gesundheit betrifft, gleichgültig erscheinen. Der

Wert der Gesundheit ist ihnen noch nicht aufgegangen, und die Mittel, sich dieselbe zu erhalten, sind ihnen gleichgültig. Im Vergleich zu dieser Unkenntnis der Symptome und der Gleichgültigkeit treten die anderen Gründe für das Verschleppen in ihrer Bedeutung zurück, wenn sie auch manchen Kranken das Leben kosten. Das Schamgefühl vor dem männlichen Arzt, die Furcht vor schmerzhaften Untersuchungen, der Mangel an Zeit und Geld für eine Konsultation, halten manche Kranke vom Arzt zurück. Viele Frauen sind ihrer Sucht zum Opfer gefallen, Alles mit Bekannten zu besprechen; denn nur wenige geben den Rat, den Arzt zu befragen; meistens wird beruhigt, und leicht ist die Kranke in ihrem Wunsche, alles ruhig gehen zu lassen, bestärkt. Es ist, als ob sich eine Kette von Schwierigkeiten um einen Uteruskrebs legte, welche schwer zu durchbrechen ist.

Alle Gründe, welche die Kranke von der Inanspruchnahme ärztlichen Rates abhalten, treffen bei der armen, ungebildeten Bevölkerung, namentlich des platten Landes, zusammen. Die aufgeklärte, gutsituierte Dame ist viel weniger in Gefahr, den Krebs bis zur Inoperabilität zu verschleppen, weil sie von der Sorgfalt ihres Hausarztes umgeben ist, weil sie selbst jede Veränderung ihres Körpers besser beobachtet und sich weniger von falschem Schamgefühl verleiten lässt. Um auch hierfür einen Zahlenbeweis zu geben, habe ich berechnet, wie sich die Operabilität des Krebses bei meinen Privatkranken und bei den klinischen Kranken verhält:

von 37 Privatranken waren 26, d. h. 70%, und
von 203 klinischen Kranken 111, d. h. 55%, operabel.

Viel günstiger ist ferner die Städterin gegenüber der Landbewohnerin gestellt. Erstere ist intelligenter und hat den Arzt und die Kliniken in der Nähe; letztere versinkt viel eher stumpfsinnig in Arbeit und Sorge und hat es namentlich in dünnbevölkerten Landstrichen nicht leicht, den Arzt zu erreichen; das beweisen ebenfalls meine Erfahrungen:

von 60 Frauen aus der Grossstadt waren 74%, und
von 115 Frauen vom platten Lande waren 51% operabel.

Wenn die Kranke endlich den Entschluss gefasst hat, ärztlichen Rat zu erbitten, und nun den Rat erhält, sich operieren zu lassen, so beginnen neue Schwierigkeiten. Jetzt sind es die Angst vor einem etwaigen unglücklichen Ausgang der Operation, vor schmerzhaften Leiden bei und nach derselben, vor störenden Nachkrankheiten und dergl.; auch jetzt treten Mangel an Zeit und Geld störend dazwischen. Die Gründe sind trotz aller Vorstellungen nicht immer zu entkräften. Jeder Operateur wird erlebt haben, dass die Frauen allem Zureden immer nur das eine Wort entgegensetzen: „Nein, ich lasse mich nicht operieren." Selbst wenn man ihnen die Tatsache nicht verhehlt, dass sie den Krebs haben, bleibt ihr Entschluss unerschütterlich. Um ein Urteil über die Bedeutung dieser Hemmnisse gewinnen zu können, führe ich aus meinem Material folgendes an:

Von 122 Frauen liegen Angaben darüber vor, wie viel Zeit sie von dem Augenblick an, wo sie den Rat zur Operation erhielten, verstreichen liessen, bis zu dem Tage, an welchem sie in der Klinik erschienen; es liessen vertreichen:

bis zu 8 Tagen	77	Frauen
„ „ 2 Wochen	18	„
„ „ 3 Wochen	4	„
„ „ 4 Wochen	4	„
„ „ 2 Monaten	5	„
„ „ 3 Monaten	6	„
„ „ 4 Monaten	2	„
„ „ 6 Monaten	2	„
„ „ 1 Jahr	3	„
mehr als ein Jahr	1	„

Wenn man den Frauen ungefähr 8 Tage für die Vorbereitung zur Ausführung des Entschlusses konzediert, so zögerten demnach noch über ein Drittel unnötig lange.

Wenn man sich alle diese Schwierigkeiten vergegenwärtigt, welche von seiten der Kranken unseren Heilbestrebungen entgegenstehen, und aus den Zahlen der obigen Tabelle ersieht,

wie gross die Zahl der Frauen ist, welche denselben unterliegen, so wird man zugeben, dass hier vor allem der Angriffspunkt für unsere Bemühungen sein muss. Aber hier scheinen die Schwierigkeiten unüberwindbar. Während eine Beeinflussung aller anderen oben erörterten Faktoren wenigstens durchführbar erscheint, stehen wir hier der Allgemeinheit des weiblichen Geschlechts gegenüber; hier handelt es sich nicht darum, die einzelne Kranke, welche unter unserem Einfluss steht, richtig zu leiten, sondern darum, das ganze weibliche Geschlecht aufzuklären.

Erst wenn eine jede Frau weiss, dass der Krebs durch eine Operation heilbar ist und zwar nur dann, wenn unmittelbar nach den ersten Symptomen operiert wird; erst wenn jede Frau die ersten Symptome desselben kennt, und wenn jede Frau es als ihre Pflicht gegen sich und ihre Angehörigen betrachtet, sich bei den ersten verdächtigen Symptomen ärztlich untersuchen zu lassen, erst dann sind wir am Ziel. Diese Aufgabe kann nur in einer Belehrung der Frauen über die ganze Krebsfrage und besonders über die ersten Anzeichen desselben bestehen. Schon im Jahre 1891 habe ich diese Forderung gestellt, ohne aber in der Lage zu sein, einen praktischen Vorschlag für die Ausführung der Belehrung zu machen, ausser dem von selbst sich ergebenden, durch die Hausärzte. Inzwischen sind dahingehende Versuche von anderer Seite gemacht worden. Ich erwähne die sehr verdienstvolle Schrift von Dührssen „Ueber Heilung und Verhütung von Frauenkrankheiten“, welche in einem Kapitel die Frauen sehr eingehend über den Gebärmutterkrebs belehrt und sie vor den Kurpfuschern warnt; weiter die Schrift eines ostpreussischen Arztes, welche unter dem Pseudonym Villjon die Frauen über die Bedeutung des Krebses belehrt. Sicher giebt es noch viele andere Schriften, (ich nenne „Bis der Arzt kommt“ von Hugo Bartsch, Heidelberg), welche, in ähnlicher Weise wirkend, sehr viel Gutes gestiftet haben. Der Erfolg

aller dieser Schriften ist leider ein sehr geringer, da nur herzlich wenig Frauen diese Schriften lesen, namentlich wenn sie dieselben erst kaufen müssen. Man muss die Frauen dazu zwingen, sich über diesen Gegenstand zu belehren, und das ist einzig und allein durch ihre Zeitung möglich. Diesen Weg halte ich für den einzig wirksamen, und diesen Weg habe ich beschritten. Ich habe einen Zeitungsaufsatz geschrieben, in dem ich alles, was eine Frau über den Gebärmutterkrebs wissen muss, zusammengefasst und in dem ich sie über alles, was imstande ist, die Krebskranke von der allein rettenden Operation zurückzuhalten, aufgeklärt habe. Ich habe diesen Aufsatz am Anfange des Jahres 1903 in allen gelesenen Zeitungen Ostpreussens gleichzeitig veröffentlicht; ich halte denselben in unserem Kampf gegen das Uteruskarzinom für so wichtig, dass ich ihn wörtlich folgen lasse.

„Ueber die Gefahren des Unterleibskrebses.

„Ein Mahnwort an die Frauenwelt.

„Von Prof. Dr. Winter-Königsberg i. Pr.

„Seitdem man die Ursachen, aus welchen sich Krank-
„heiten des menschlichen Körpers entwickeln, immer klarer
„zu erkennen beginnt, sieht die medizinische Wissenschaft eine
„ihrer Hauptaufgaben darin, die Krankheiten zu verhüten.
„Da nun die Verhütung in erster Linie vom Verhalten des
„Publikums abhängt, muss es eine Pflicht der medizinischen
„Wissenschaft sein, dasselbe über die Ursachen der Krank-
„heiten und über die Art, wie sie verhütet werden können,
„aufzuklären. Diesem Bedürfnis wird heutzutage durch öffent-
„liche Vorträge, populäre Aufsätze, persönliche Belehrungen
„seitens des Hausarztes in umfassender Weise gedient; Kennt-
„nisse über die Uebertragung der Schwindsucht, über Ver-
„hütung der Geschlechtskrankheiten, über die Ursachen des
„Kindbettfiebers sind in die weitesten Kreise des Publikums
„gedrungen.

„Nicht in gleicher Weise ist die Allgemeinheit über die „Anzeichen lebensgefährlicher Krankheiten aufgeklärt, wohl „in der Annahme, dass die Kranken, wenn sie es nötig haben, „schon von selbst an sachgemässer Stelle sich Rat suchen. „Dem widerspricht nun die tägliche Erfahrung eines jeden „beschäftigten Arztes; die unglückselige Annahme, dass „alles „schon von selbst wieder besser werde“ und die tage- und „wochenlang versuchten Hausmittel lassen kostbare Zeit ver- „streichen. Auf diese Weise werden Tausende und Aber- „tausende von Menschenleben geopfert, welche leicht zu er- „halten gewesen wären, wenn die Kranken sich bei den ersten „Anzeichen einer Krankheit Hilfe erbeten hätten.

„Sicherlich ist in den meisten Fällen an der Versäumnis „der Umstand schuld, dass der Kranke nicht ahnt, dass sich „in ihm eine lebensgefährliche Krankheit entwickelt. Daraus „erwächst für die Wissenschaft und für uns Aerzte die Ver- „pflichtung, die Allgemeinheit, welche ein Anrecht auf den „Schutz ihrer Gesundheit hat, mit den ersten Anzeichen „wenigstens der lebensgefährlichen Krankheiten bekannt zu „machen, damit die für die Bekämpfung der erst im Entstehen „begriffenen Krankheit so wertvolle Zeit nicht verloren geht. „Dass solche Belehrung auch Nachteile haben kann, liegt auf „der Hand, denn einmal wird dadurch der Kranke mit der „Natur seines Leidens bekannt und verfällt der Hoffnungs- „losigkeit, wenn ihm Heilung nicht gebracht werden kann; „andererseits wird nicht zu vermeiden sein, dass viele Menschen „sich einbilden, die Krankheit zu besitzen, deren Symptome „sie zu haben glauben; auch hierdurch kann alle Lebens- „freude vernichtet und manches Seelenleiden erzeugt werden.

„Es muss deshalb diese Art der Belehrung mit grosser „Vorsicht vorgenommen werden und es muss Sache der Er- „fahrung und des ärztlichen Taktes des Belehrenden sein, den „Vorteil und den Nachteil der Belehrung abzuwägen, ehe er „das Wort ergreift.

„Eine solche Krankheit, deren glückliche Heilung davon

„abhängt, dass so früh als möglich ärztliche Hilfe erbeten „wird, ist der Krebs der Gebärmutter. Nachdem ich nun „durch über zehn Jahre fortgesetzte Studien mich davon über„zeugt habe, dass das grosse Elend, welches diese Krankheit „verbreitet, grösstenteils von den Frauen selbst aus Unkenntnis „und Gleichgültigkeit verschuldet wird, habe ich mich ent„schlossen, die Frauen darüber zu belehren, wie sie sich vor „dem traurigen Ende, welches diese Krankheit stets nimmt, „bewahren können. Ich bin fest davon überzeugt, dass durch „Aufklärung dieses Punktes grosser Segen geschaffen werden „kann, gegen den die vorher erwähnten Nachteile gar nicht „ins Gewicht fallen.

„Es gibt wohl kaum eine Frau, welche die Bedeutung „der Krebskrankheit nicht kennt. Erfahrungen, welche an „eigenen Familienmitgliedern oder Bekannten gemacht wurden, „Erzählungen, belehrende Aufsätze werden die Bekanntschaft „mit dieser tödlichsten aller Krankheiten wohl bis in das „Haus der einfachsten Arbeiterin getragen haben. Nicht in „gleicher Weise hat sich die Tatsache beim Publikum Eingang „verschafft, dass der Krebs heilbar ist; nach unseren „heutigen Anschauungen allerdings nur durch eine Ope„ration. Der Glaube an Heilung durch eine Operation findet „deshalb beim Publikum noch keinen sicheren Boden, weil „die Zahl der Rückfälle nach derselben viel grösser ist, als die „Zahl der Heilungen. Das liegt aber nicht daran, dass der „Krebs durch Operation nicht heilbar ist, sondern nur daran, „dass die Mehrzahl der Krebse zu spät zu einer „erfolgreichen Operation kommt.



„Der Krebs ist ein Leiden, welches sich zunächst nur an „einer kleinen Stelle entwickelt, sich dann aber schnell in dem „von ihm befallenen Organ ausbreitet und von hier aus den „ganzen Körper durchseucht. Wenn man den Krebs aus„schneidet, so lange er noch an einer kleinen Stelle sitzt, so „ist die Kranke gerettet; hat er sich aber schon zu weit aus„gebreitet, dann kann man ihn überhaupt nicht mehr operieren,

„oder es bleiben Teile bei der Operation zurück, welche weiter „wachsen und einen Rückfall erzeugen.

„Die Ausbreitung des Krebses von seiner ersten Ursprungs- „stelle aus geht nun in den verschiedenen Organen verschieden „schnell vor sich; der Krebs im Magen und Darm sowie in „der Brustdrüse verbreitet sich sehr schnell; der Krebs in der „Gebärmutter und in der Haut sehr langsam; deshalb ist „Magen- und Darmkrebs schwerer durch eine Operation zu „heilen als Krebs der Gebärmutter und Haut.

„Um die Heilung des Krebses zu erreichen, entfernt man „das kranke Organ vollständig, oder wenn dasselbe zum Leben „notwendig ist, schneidet man das Erkrankte aus ihm heraus. „Man kann die ganze Gebärmutter, den ganzen Eierstock, die „ganze Brustdrüse, die ganze Niere entfernen, ohne dass der „Körper davon Schaden nimmt; aus dem Magen, aus dem „Darm dagegen schneidet man nur die erkrankten Stellen aus, „weil Magen und Darm für das Leben notwendig sind. — „Andere Arten von Krebs z. B. Lungen- und Gehirnkrebs sind „überhaupt nicht durch Operation zu heilen, weil man diese „Organe nicht entfernen kann; daraus geht schon hervor, dass „die Aussicht auf Heilung verschieden gross ist, je nach dem „befallenen Organ.

„Der Gebärmutterkrebs, mit welchem ich mich hier nur „allein beschäftigen will, ist von allen Krebsen am leichtesten „zu heilen, weil er sich langsam ausbreitet und weil man die „Gebärmutter leicht und ohne Schaden entfernen kann. Die „Untersuchungen über die Heilbarkeit des Gebärmutterkrebses „haben nun aber trotz dieser günstigen Chancen ergeben, dass „nur ungefähr 10 Frauen von 100 (d. h. 10 %) durch Operation „von ihrem Krebs befreit worden sind; die übrigen 90 starben, „weil sie gar nicht mehr operiert werden konnten, oder ein „Rückfall nach der Operation unausbleiblich war; 90 Frauen „von je 100 starben also, weil sie für die allein rettende „Operation zu spät gekommen sind. Was das in den einzelnen „Fällen bedeutet, wird jeder Mann wissen, der seine Frau

„wegen Krebs auf den Kirchhof getragen hat, und werden die „Kinder lange genug fühlen, welche ihre Mutter an diesem „Leiden verloren haben. — Was aber unserem Vaterlande für „ein Verlust erwächst, nur allein durch den Tod von krebs-„kranken Frauen, will ich mit einigen Zahlen klar legen: Ich „habe die Zahl der Frauen, welche an Gebärmutterkrebs leiden, „für ein Jahr (1900) in der Provinz Ostpreussen auf ca. 350 „schätzen können. Von diesen wurden nur 60 operiert und „nur 20 dauernd geheilt, so dass in einem Jahr in unserer „Provinz allein über 300 Frauen an Gebärmutterkrebs „starben, weil sie zu spät zur Operation gekommen sind; „für das ganze deutsche Vaterland mögen es ca. 10000 bis „15000 Frauen sein, welche in einem Jahre an Gebärmutter-„krebs sterben. Welch ungeheurer Verlust an wertvollen „Menschenleben für die Nation, wie viel Jammer in den be-„treffenden Familien — und das alles nur, weil die Frauen „zu spät zur Operation kommen! Kann man angesichts dieses „Elends noch länger schweigen und das Publikum noch „länger darüber im Unklaren lassen, wie es sich sein Leben „erhalten kann?

„Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, dass die „meisten Kranken mit Gebärmutterkrebs sich rechtzeitig hätten „operieren lassen, wenn sie nur geahnt hätten, dass sie ein so „schweres Leiden bei sich tragen, und wenn sie ihr Ende „hätten voraussehen können. Gewiss gibt es auch Frauen, „welche „lieber sterben, als dass sie sich operieren lassen", „aber diese sind sehr selten. Die Mehrzahl der Frauen kommt „nicht zur Operation, weil sie keine Ahnung von der Schwere „ihres Leidens hat; daraus erwächst meines Erachtens für „uns Aerzte die Verpflichtung, die Frau darüber zu belehren, „wie sie diesem unglücklichen Schicksal entgehen kann.

„Wenn die krebskranke Frau Heilung suchen will, so hat „sie zweierlei nötig:

„1. muss sie sich mit ihrem Leiden an richtiger Stelle „Hilfe erbitten,

„2. muss sie es sofort bei den ersten Erscheinungen des „Krebses tun.

„Wenn der Krebs rechtzeitig operiert werden soll, so „muss er auch rechtzeitig erkannt werden und die Erkennung „eines Krebses vermag nur ein Arzt zu leisten. Darin fehlen „sehr viele Frauen. Viele wenden sich an Hebammen, weil „es ihnen angenehmer ist, weiblichen Rat zu hören oder auch, „weil sie von früheren Geburten Vertrauen zu denselben haben „und dieses auf ihr jetziges Leiden übertragen. Das ist aber „unrichtig; die Hebammen werden gar nicht in Erkennungen „von Frauenkrankheiten ausgebildet und können deshalb — „so vertrauenswürdig sie auch sonst bei Geburten sein mögen, „— in der Erkennung des Krebses absolut nichts leisten. „Dazu kommt, dass manche gewissenlose Hebamme gern auf „eigene Hand die Kranken behandelt und sie dadurch von „der Einholung eines sachgemässen Rates abhält. Meine Er- „fahrungen sowohl in Berlin, als auch hier in Königsberg „haben mir gezeigt, dass manche Frau dadurch ihr unglück- „liches Schicksal selbst verschuldet hat, dass sie sich mit ihrem „Leiden an eine Hebamme gewendet hat.

„Noch viel gefährlicher sind die sogenannten „Natur- „ärzte“ d. h. Kurpfuscher ohne ärztliche Bildung, weil die- „selben bei einem grossen Teil des Publikums Vertrauen ge- „niessen und die Kranken prinzipiell von ärztlichem Rat und „Operation fern halten.

„Nur ein wissenschaftlich gebildeter Arzt kann den Krebs „rechtzeitig erkennen und die Kranke zu der allein rettenden „Operation veranlassen. Die Kranke hat deshalb schon „einen wichtigen Schritt zur Rettung getan, wenn sie sich „stets direkt an einen Arzt wendet. Nach meinen hierorts „vorgenommenen Untersuchungen haben das auch von je 100 „Kranken 87 getan, während je 13 sich an eine Hebamme „wandten. Als ein Kuriosum möchte ich erwähnen, dass eine „Landfrau mit Gebärmutterkrebs sich an den — Dorfschmied „wandte, weil sie ihn für einen sachgemässen Ratgeber hielt!

„Viel mehr noch wird von den krebskranken Frauen „dadurch gefehlt, dass sie die Hilfe nicht rechtzeitig auf- „suchen. Allerdings wird der Zeitpunkt, wann die Kranke „Hilfe erbittet, zunächst von dem Orte abhängen, wo der „Krebs sich entwickelt, oder von den Beschwerden, welche er „macht. So z. B. wird eine Kranke sehr bald sich ärztliche „Hilfe erbitten, wenn sich im Gesicht ein entstellender oder „anderswo ein besonders schmerzhafter Krebs entwickelt, „während z. B. andererseits die tief im Leibe ohne besondere „Erscheinungen sich entwickelnden Eierstockkrebse fast sämt- „lich für eine Operation zu spät kommen. Der Gebärmutter- „krebs ist auch in diesem Punkte günstig, weil er sehr früh „Erscheinungen macht und zweifellos würden viel mehr Krebse „rechtzeitig zur Operation kommen, wenn die Erscheinungen „des Krebses nicht denen anderer Unterleibskrankheiten ähn- „lich wären, und wenn er sich nicht in einer Körpergegend „entwickelte, welche die Kranke nicht gern zu einer Unter- „suchung preisgibt. Würde der Krebs ganz bestimmte, nur „ihm eigentümliche Erscheinungen machen, so würden die „Kranken, wenn sie dieselben kennten, gewiss sofort zum Arzte „gehen um sich Rettung zu holen. Nun aber wird die Kranke „bei der Aehnlichkeit der Symptome mit denen leichterer „Krankheiten immer eher geneigt sein, an etwas Leichtes, Vor- „übergehendes zu denken. Tausende von Frauen haben diesen „Optimismus mit dem Tode bezahlen müssen.

„Die Erscheinungen des Krebses sind vor allem „unregelmässige Blutabgänge, namentlich bei älteren „Personen nach jahrelangem Aufhören der regelmässigen „Blutungen; noch in einer anderen, an dieser Stelle nicht „näher zu erörternden Form treten Blutungen sehr häufig bei „Krebs auf. Die Rücksichtnahme auf das Zartgefühl der weib- „lichen Leser verbietet es mir, öffentlich alle Erscheinungen „näher zu beschreiben; eine jede Frau wird gewiss auf das „bereitwilligste von ihrem Hausarzte Belehrung darüber emp- „fangen. Besonders betonen will ich, dass die Krebse in den

„ersten Stadien keine Schmerzen machen; manche Frau, welche „ich nach dem Grunde fragte, warum sie ihr Leiden so lange „verschleppt habe, antwortete mir, „sie hätte ja keine Schmerzen „gehabt“. Schmerzen treten beim Krebs meist sehr spät auf. „Bei dieser Sachlage gibt es nur einen Weg zur Gesundheit „für die vom Krebs befallene Frau: dass sie sich beim „Auftreten unregelmässiger Blutungen sofort an „einen Arzt wendet. Gewiss wird mancher Weg unnötig „gemacht werden, denn unregelmässige Blutungen kommen „bei vielen anderen Unterleibsleiden auch vor. Um so besser! „Die Kranke wird dann ihre Beruhigung empfangen und „ausserdem den grossen Vorteil haben, dass andere Krank- „heiten, welche zu der Blutung geführt haben, erkannt und „geheilt werden.

„Wenn man bedenkt, wie eilig heute von den Gebildeten „bei den geringsten Schmerzen oder bei dem kleinsten Defekt „der Zähne der Zahnarzt aufgesucht wird, ja, dass viele auf- „merksame Kranke jährlich ein- bis zweimal sich die Zähne „revidieren lassen, damit sich keine schleichende Zahnkrank- „heit entwickelt, so ist wirklich einer Frau nicht viel zugemutet, „dass sie auch ihrem Unterleib Aufmerksamkeit zuwendet, um „eine sich etwa entwickelnde lebensgefährliche Krankheit recht- „zeitig erkennen zu lassen.

„Eines ist jedoch von der Frau ernstlich zu verlangen: „dass sie dem Arzte, welcher ihr die Beruhigung gibt, dass „sie keinen Krebs habe, unbedingt Glauben schenkt und nicht „etwa von einem zum andern läuft in der Angst, sie müsse „nun doch einen Krebs haben, da sie unregelmässig blute. „Eine geistig normale Frau wird ja auch leicht zu beruhigen „sein; mit einer gewissen Kategorie von Frauen aber, den „hysterisch oder hypochondrisch veranlagten, wird man nicht „so leicht fertig werden, und ich kann mir wohl denken, dass „meine Aufklärung bei diesen gelegentlich einen Schaden ver- „ursachen kann. Aber dieser Schaden muss mit in den Kauf „genommen werden im Vergleich zu dem enormen Segen,

„welcher der Frauenwelt aus der Befolgung meiner Ratschläge „erwachsen kann.

„Gegenüber dem erstrebenswerten Ziel der Zukunft, dass „jede Krebskranke sich so früh den Rat einholt, dass sie „operativ geheilt werden kann, möchte ich kurz schildern, wie „es jetzt in diesem Punkte aussieht!

„Bei 201 Frauen habe ich genau berechnet, wie viel „Zeit sie verstreichen liessen vom Auftreten der ersten Krebs-„erscheinungen bis zur Inanspruchnahme ärzlichen Rates:

„Nur 8 Frauen gingen sofort zum Arzte.

„Nur 27 Frauen gingen innerhalb des ersten Monats „zum Arzte. 140 Frauen liessen länger als $^1/_4$ Jahr und „26 Frauen sogar länger als ein Jahr ungenutzt verstreichen.

„Man sieht daraus mit Bedauern, dass die er-„krankten Frauen in erster Linie es selbst sind, „welche durch Vernachlässigung ihres Leidens die „Schuld an ihrem frühen Tode tragen.

„Ich möchte an zwei Beispielen aus meiner Erfahrung „zeigen, wie die Frau handeln und wie sie nicht handeln soll.

„Frau K., 45 Jahre alt, befand sich bis vor drei Wochen „absolut gesund. Ganz plötzlich stellte sich eine stärkere „unregelmässige Blutung ein. Die Kranke wandte sich des-„halb sofort an einen Arzt, welcher Krebs als Ursache der „Blutung erkannte. Durch eine sofort vorgenommene Operation „konnte die Kranke dauernd von ihrem Leiden befreit werden. „Alle Frauen, welche wie diese aufmerksam auf ihre Gesund-„heit sind und bei den ersten Störungen sachgemässe Hilfe „in Anspruch nehmen, können geheilt werden.

„Frau T., 55 Jahre alt, leidet seit anderthalb Jahren an „unregelmässigen Blutungen und erst jetzt, nachdem also „anderthalb Jahre lang Erscheinungen von Krebs bestehen, „nimmt die Kranke ärztlichen Rat in Anspruch. Für eine „Operation ist es lange zu spät. Diese Frau und alle, welche „ähnlich handeln, müssen ihre Unkenntnis oder ihre Gleich-„gültigkeit mit dem Tode bezahlen.

„Es ist wohl als sicher anzunehmen, dass nur die Un- „kenntnis mit den ersten Erscheinungen des Leidens die „Kranken von rechtzeitiger Inanspruchnahme ärztlichen Rates „abgehalten hat; es gibt aber noch viele andere Hindernisse, „welche zu überwinden sind. Meine Erfahrungen, welche ich „hier in Königsberg bei über 200 Fällen von Gebärmutter- „krebs gewonnen habe, zeigen dieselben deutlich. In erster „Linie muss die Kranke das Schamgefühl überwinden, wenn „sie sich von einem männlichen Arzte untersuchen lassen soll. „So begreiflich dieses Gefühl ist, und so sehr man diese Eigen- „schaft des Weibes hüten und schätzen soll — wo es sich um „das Leben handelt, muss dasselbe überwunden werden. So „viel Energie muss man von jeder Frau verlangen, dass sie „dieses Gefühl für kurze Zeit unterdrücken kann. Merk- „würdigerweise findet man bei Ungebildeten und Halbgebildeten „dieses „falsche“ Schamgefühl am meisten, während wirklich „gebildete Frauen das Gefühl, welches sie in demselben Masse „besitzen, weit eher zurückdrängen können.

„Viele Frauen gingen nicht zum Arzte wegen der damit „verbundenen Kosten; für sie gibt es Armenärzte und Kliniken. „Manche Frauen trieben wirklich ein frevelndes Spiel mit „ihrem Leben, indem sie in der Vorahnung ihres schweren „Leidens den Arzt nicht aufsuchten, weil sie seinen Ausspruch „fürchteten. Besonders verhängnisvoll wurde für viele Frauen „ihre Sucht, mit Freundinnen und Bekannten ihr Leiden zu „besprechen; denn von den meisten empfingen sie nur törichte „Ratschläge und Tröstungen auf baldiges Besserwerden und „äusserst selten den Rat, sich sofort an einen Arzt zu wenden.

„Wenn die Kranke nun so weit gekommen ist, dass sie „sich rechtzeitig ärztliche Hilfe erbeten hat, so steht ihr noch „eine weitere Schwierigkeit bevor. Das ist der Entschluss zur „Operation; derselbe sollte einer vernünftig denkenden Frau „schon dadurch erleichtert werden, dass es der einzige Weg „zur Rettung ihres Lebens ist, und dass dasselbe in abseh- „barer Zeit (meistens nach anderthalb bis zwei Jahren) ver-

„fallen ist, wenn nicht operiert wird. Der Grund, warum die Frau „die Operation fürchtet, ist natürlich Angst für ihr Leben oder „Furcht vor Schädigung ihrer Gesundheit durch die Operation. „In diesem Punkte steht der Gebärmutterkrebs ebenfalls „äusserst günstig. Die Fortschritte, welche in den letzten „Jahren in der operativen Technik gemacht worden sind, sind „so ausserordentlich, dass heute nur äusserst wenig Frauen an „der Operation eines Gebärmutterkrebses sterben; die Todes-„fälle, welche heute noch gelegentlich vorkommen, betreffen „meistens die vernachlässigten Fälle. Lässt eine Frau sich beim „ersten Auftreten der Erscheinungen operieren, so kann sie auch „mit annähernder Sicherheit auf Heilung rechnen; Schädigung „der Gesundheit nach diesen rechtzeitig ausgeführten Opera-„tionen treten fast niemals auf. Wenn die Frauen diese gün-„stigen Chancen einer Operation mit dem traurigen Ende ver-„gleichen, welches ihnen ohne dieselbe bevorsteht, so sollten sie „keinen Augenblick zögern, sich derselben zu unterwerfen.

„Also, um es noch einmal zu sagen:

„Nur in der schnellsten Inanspruchnahme ärztlichen „Rates und in der schleunigsten Ausführung der vorgeschla-„genen Operation hat die unglückliche Krebskranke ihre „Rettung zu suchen. Möchten diese Worte einer jeden Frau „zu Ohren kommen, und möchte jede Krebskranke den ihr „gegebenen Rat befolgen, dann wäre bald alles Elend, welches „der Gebärmutterkrebs in den Familien schafft, beendet.

„Sollen meine Worte diesen von mir erstrebten und er-„hofften Erfolg haben, so ist eine weite Verbreitung derselben „notwendig. Aus der Zeitung werden sie zunächst nur ihren „Weg zu den Gebildeten finden, während die Ungebildeten, „welchen eine Zeitung nicht zu Gesicht kommt, des Nutzens „meines Aufsatzes nicht teilhaftig werden können, wenn ihnen „der Inhalt desselben nicht übermittelt wird. Das muss nun „die Aufgabe der gebildeten Frauen sein! Die Gutsfrauen „müssen wenigstens den Kern meiner Ausführungen den Inst-„frauen, den Hof- und Feldarbeiterinnen, die Stadtfrau den

„Dienstboten und ev. dem Geschäfts- und Fabrikpersonal „bekannt geben; das sind die Kreise, wo die Aufklärung am „notwendigsten ist, denn hier treffen alle oben angeführten „Gründe zur Verschleppung zusammen. Erst, wenn in allen „Schichten der weiblichen Provinzialbevölkerung meine Be- „lehrungen und Ratschläge zum eisernen Bestand der Frauen- „welt geworden sind, wird der erhoffte Segen nicht ausbleiben.“

Dieser Aufsatz ist das Produkt langen Denkens und Ueberlegens; es hat lange gedauert, bis ich mir selbst alle Gründe widerlegt hatte, welche man einer solchen Belehrung entgegenhalten muss und es hat mehrfacher Umarbeitung bedurft, bis ich die richtige Form und den richtigen Ton gefunden hatte. Ich bin den ostpreussischen Zeitungen zu grossem Danke verpflichtet, dass sie angesichts des grossen wichtigen Zwecks alle kleinlichen Bedenken beiseite liessen und sich in den Dienst meiner Bestrebungen stellten. — Ich selbst bin, auch das will ich nicht verschweigen, sachlich und persönlich — allerdings nur anonym oder hinter meinem Rücken — angegriffen worden; bis jetzt hat mich nichts davon überzeugen können, dass ich nicht richtig gehandelt hätte. —

Der einzig sachliche Grund, welchen man dieser Form der Belehrung entgegen halten kann, ist der, dass dieselbe eine weitgehende Beunruhigung der Leserinnen erzeugen müsse. Das ist durchaus richtig. Wenn man das weibliche Geschlecht kennt, so wird man begreifen, dass ein warnendes Wort von autoritativer Seite die Angst vor dem Uteruskrebs, der ohnedies ja schon das Schreckgespenst der Frauen ist, ungeheuer steigern muss. Man erzeugt direkt durch die Belehrung eine „Krebsangst“ und zwingt die Frauen bei den kleinsten Symptomen, sich vom Arzte untersuchen zu lassen, um sich wieder beruhigen zu können. Dass also ein Sturm auf die Aerzte und speziell auf die Frauenärzte eröffnet werden würde, musste ich mir vorhersagen; ich sagte mir aber auch, dass die

Frauen durch einen günstigen Bescheid wieder zu beruhigen sind, mit Ausnahme vielleicht der hysterischen oder zur Hypochondrie neigenden. Dass bei diesen psychischen Kranken gelegentlich sich die Krebsangst einnisten würde, war vorauszusehen, aber der Schaden für dieselben, wenn sie ein Symptom ihres Leidens mehr haben, ist sehr gering im Vergleich zu dem Nutzen, welchen eine solche Belehrung stiften muss. Um diesen Punkt aus dem später zu schildernden Erfolg gleich vorweg zu nehmen, so habe ich durch eine Rundfrage bei allen meinen gynäkologischen Kollegen der Provinz nur von einem erfahren, dass er zwei Fälle von schwerer Krebsangst gesehen habe, von denen einer erst nach einigen Wochen zu völlig normalem Geisteszustand wieder zurückgeführt sei.

Andere Gründe, welche man der Veröffentlichung durch die Zeitung entgegenhalten kann und gehalten hat, so z. B., dass sie höheren und niederen Töchtern in die Hände fallen könne, sind mir zu kleinlich, um sie zu entkräften. Man darf nicht in kleinlichen Rücksichten stecken bleiben, wenn man grosse Ziele im Auge hat. Ich bleibe auch nach meiner Veröffentlichung und nachdem ich nun in der Lage bin, den Erfolg dieses ungewöhnlichen Unternehmens vor mir zu sehen, bei der Ansicht, dass die Tageszeitung der einzige Weg für die Belehrung ist. Ich freue mich, eine Aeusserung Zweifels zu lesen, welcher es nicht für ein Unglück hält, wenn viele Frauen unnötig untersucht werden, und welcher ebenfalls verlangt, dass die Losung ausgegeben und in der Frauenwelt möglichst weit verbreitet werde, dass jede Frau, welche die geringste Unregelmässigkeit ihrer Periode bemerkt, sich untersuchen lassen muss; er fügt hinzu: „Was kann denn das schaden, wenn 9 sich umsonst untersuchen lassen, damit bei der 10. die Entdeckung der heimtückischen Krankheit ganz früh möglich wird.“

Die Folge meines gleichzeitig in allen Zeitungen Ostpreussens erscheinenden Aufsatzes war nun die, dass eine sehr grosse Zahl Frauen sich auf Krebs untersuchen liess. Auf eine Rundfrage bei den Gynäkologen Ostpreussens ergab sich,

dass es wohl ca. 100 und mehr gewesen sein mögen; eine grössere Zahl hat sich natürlich — wie ich es empfohlen habe — an die Hausärzte gewendet, so dass mehrere Hunderte gewiss den Weg zum Arzt machten. Natürlich hatten von diesen vielleicht nur der zehnte Teil diejenigen Symptome, welche ich als verdächtig bezeichnet hatte, die anderen hatten gänzlich unverdächtige Erscheinungen, einzelne überhaupt keine. Diese Flut hätte sich von vornherein eindämmen lassen, wenn ich in meinem Aufsatz die Symptome des Krebses genauer gekennzeichnet hätte; dies unterliess ich in Rücksicht auf das Zartgefühl der Leserinnen, sondern ich verwies dieselben an die Belehrung durch ihre Hausärzte, welche ja ihrerseits durch meine Broschüre genauestens mit den Symptomen bekannt gemacht waren; so sollte bei meinem Bekämpfungssystem eins in das andere greifen. Als nicht praktisch hat sich das Wort: „unregelmässige Blutungen", welches ich als den unverfänglichsten Ausdruck wählte, erwiesen, weil die Frauen jede verspätete oder verfrühte Menstruation für verdächtig hielten; besser wäre wohl „Blutungen ohne Zusammenhang mit der Regel".

Diese Hochflut von Kranken, welche sich zur Untersuchung drängte, ebbte nach 4—6 Wochen, und jetzt besteht der von mir gewünschte Erfolg, dass hin und wieder auf Grund des Artikels eine Frau erscheint, welche sich auf Krebs untersuchen lassen will. Durch dieses Stadium der akuten Beunruhigung muss man hindurch; es ist für Frauen und Aerzte nicht angenehm. Den Frauen hat es den weiteren Vorteil gebracht, dass eine Reihe von anderen wichtigen Ursachen von Blutungen entdeckt und beseitigt werden konnten (z. B. Myome, Ovarialtumoren etc.); vor allem aber ferner den, dass sie etwas mehr auf die Veränderungen in ihrem Unterleib achten lernten. Als tatsächlichen Erfolg der Belehrung kann ich erwähnen, dass bis jetzt 4 Frauen mit sehr beginnendem Uteruskrebs zur Operation kamen, welche, wie sie selbst eingestanden, ohne die Belehrung durch die Zeitung ihr Leiden voraussichtlich noch lange verschleppt hätten. Auch die von mir erstrebte Fürsorge der

Gutsherrschaft für ihre Leute trat hervor; ein Gutsbesitzer schickte zwei Frauen, welche er für krebsverdächtig hielt.

Leider muss man ja erwarten, dass die Wirkung meiner Belehrung vergehen und der alte Schlendrian wieder einreissen wird. Es wird zu überlegen sein, was dann zu geschehen hat; die sorgfältigen Erhebungen, welche jetzt bei jedem Krebsfall in meiner Klinik und von den Kollegen in Stadt und Provinz vorgenommen werden, werden hierzu das Material geben. Vorläufig muss ich mit dem Bewusstsein zufrieden sein, dass ich mit der Belehrung durch die Zeitung den radikalsten Weg gewählt habe, den es gibt, und dass derselbe sich als unschädlich und erfolgreich erwiesen hat.

Diese Form der öffentlichen Belehrung hat nach zwei Richtungen hin noch ein allgemeines Interesse. Zunächst muss man sich fragen, ob es tunlich ist, genitale Fragen vor grossem Publikum öffentlich zu behandeln, oder ob es nicht anständiger ist, über diese Dinge nach wie vor den Mantel der Verschwiegenheit zu decken. Ich bin der Ansicht, dass wir mit ersterem unserer Frauenwelt mehr nützen. Wenn man auch unreifen Ohren diese Dinge vorenthalten muss, so soll doch das reife Mädchen und vor allem die Frau die natürlichen Vorgänge im Unterleib und die Abweichung von der Norm kennen; sie soll den Wert der Desinfektion in der Geburt kennen, sie soll die Hygiene des Unterleibes beherrschen, sie soll die Folgen der Geschlechtskrankheiten kennen: sie soll sich vor allem durch die Untersuchung der männlichen Aerzte nicht entehrt vorkommen. Breite Oeffentlichkeit mit Schonung des Schamgefühls kann nur Segen stiften; prüde Verschwiegenheit führt zu den traurigen Zuständen, wie wir sie beim Uteruskarzinom in England finden, wo alles, was sich auf den Unterleib bezieht, für „shoking“ gilt.

Ein anderer Punkt ist der, ob nicht das Publikum ein Recht hat, darüber belehrt zu werden, wie es sich Leben und Gesundheit erhalten kann, insbesondere ob es nicht notwendig ist, dasselbe über die ersten Anzeichen der lebensgefährlichen

Krankheiten aufzuklären, damit es rechtzeitig ärztlichen Rat erbitten kann. Es erscheint mir diese Belehrung weniger für die akuten Krankheiten nötig, welche durch ihr stürmisches Auftreten die Kranken ohnehin schon an den Arzt bringen, als vielmehr für die chronischen Leiden, vor allem Krebs, Tuberkulose und Syphilis. Von diesen wird die Syphilis begreiflicherweise am wenigsten vernachlässigt; ob und wie weit Belehrung bei der Tuberkulose möglich und tunlich ist, überlasse ich den kompetenteren Beurteilern; für den Krebs muss ich es aber ganz entschieden als notwendig betonen, dass das Publikum von dem ersten Anzeichen desselben das erfährt, was wir selbst wissen. *Wir sind m. E. dazu verpflichtet, durch entsprechende Belehrung dem Publikum die Möglichkeit zu geben, sich vor dem Tode zu schützen. Das Licht der Oeffentlichkeit kann unserer Wissenschaft und dem Heile der Kranken nur förderlich sein.* Die Furcht vor Beunruhigung darf uns von diesem Prinzip nicht abbringen; es *muss* der Autorität des Arztes gelingen, die Kranken zu beruhigen, wenn kein Krebsleiden vorliegt, oder wenn dasselbe der Operation nicht mehr zugänglich ist.

Alle meine Bestrebungen zielen darauf ab, den Uteruskrebs so früh zum Operateur zu bringen, dass eine radikale Operation mit Aussicht auf Dauerheilung möglich ist. Die Zahl der operablen Fälle wird also davon abhängen, in welcher Weise der Uteruskrebs auf seinem Wege zum Operateur beeinflusst wird; um dies kurz auszudrücken braucht man einen Begriff und eine Zahl, welche uns ein Urteil und einen Vergleich ermöglicht, d. i. die „Operabilität“, resp. „Operabilitätsprozente“. Ich habe diesen Begriff schon 1891 vorgeschlagen und angewendet; seitdem ist in demselben Sinne über die „Operabilität“ von allen Autoren des In- und Auslandes, welche über Karzinomoperationen in ihrem Wirkungskreis geschrieben haben, berichtet worden. Auf diese Weise haben wir ein vorzügliches Vergleichsmaterial über den Zustand des Uteruskar-

zinomes in den verschiedenen Provinzen und Bundesstaaten unseres deutschen Vaterlandes, sowie einer Reihe ausserdeutscher Länder gewonnen. Im Laufe der Jahre hat sich der Begriff „Operabilität“ allerdings bedeutend verschoben. Während 1891 allgemein der Uteruskrebs mittelst der vaginalen Uterusexstirpation angegriffen wurde, sind seitdem in dem Schuchardtschen Schnitt und vor allem in der abdominalen Radikaloperation neue Methoden entstanden, welche ein viel weitergehendes Operieren mit Aussicht auf Dauererfolg ermöglichen. Die Zahl der operablen Fälle ist also bei diesen Methoden viel grösser als bei der einfachen vaginalen Uterusexstirpation; will man demnach heute noch den Zustand des Uteruskarzinoms und den Massstab seiner Verschleppung aus den Operabilitätsprozenten ablesen, so muss man die Art der Operation hinzufügen. — Die „Operabilitätsprozente“ werden uns bei gleichwertigem Material einen Vergleich über die Leistungsfähigkeit der verschiedenen Methoden und andrerseits bei gleichen Methoden und Indikationsstellungen ein Urteil über die Verschiedenheit des Krebsmaterials ermöglichen.

Zunächst will ich mitteilen, wie sich die Operabilität an meinem eigenen Krebsmaterial, welches zum grösseren Teil aus ostpreussischem, zum kleinen aus westpreussischem (zu 7 % aus russischem) besteht, verhält. Ich habe in den Jahren 1898—1902 mit Ausnahme von 9 abdominalen Radikaloperationen nur vaginal operiert, und zwar anfangs meistens, später ausschliesslich unter Zuhilfenahme eines grossen Schuchardtschen Paravaginalschnittes; ich operiere so lange, als die Infiltration des Bindegewebes mir ein sicheres Abbinden desselben an der Beckenwand ermöglicht. Nach diesem Gesichtspunkte habe ich (unter Weglassung der erwähnten abdominalen Radikaloperation) von 242 Uteruskrebsen 136 d. i. 56,2 % radikal operiert. Wenn ich dagegen den alten Massstab der Operabilität, d. h. die vaginale Uterusexstirpation bei klinisch nachweisbar freiem Parametrium, zugrunde lege, sind es 39 %.

Wenn ich das Material auf die einzelnen Jahre verteile, so ergibt sich

1898	51	Fälle	mit	28	operablen	= 54,9 %
1899	51	„	„	30	„	= 58,8 %
1900	50	„	„	23	„	= 46 %
1901	58	„	„	33	„	= 56,9 %
1902	32	„	„	23	„	= 71,9 %.

Da ich die Indikationen nur unwesentlich erweitert habe, so würde das in 5 Jahren eine entschiedene Aufbesserung des Materials bedeuten.

Um nun einen Ueberblick über die Verschiedenheit des jetzigen Karzinommaterials in Deutschland zu ermöglichen, stelle ich alle neueren Zahlen, welche uns bislang darüber bekannt geworden sind, nach Provinzen resp. Bundesstaaten zusammen.

Deutschland.

1. Bayern (Frommel) 1897	20,6 % (vaginal)
„ (München Klein) 1891—1903	33 % (vag. u. abdom.)
2. Sachsen (Glockner) 1887—1901	27 % (vorwieg. vagin.)
3. Elsass-Lothringen (Freund) 1894—1898	28 % (vag. u. abdom.)
4. Schlesien (Küstner) 1893—1901	30 % (vag. u. abdom.)
„ (Pfannenstiel) 1894—1901	34,7 % (vorwieg. vag.)
5. Pommern (Pernice u. Martin) 1896—1901	34 % (vag.) (vag. mit Schuchardt)
„ (Schuchardt)	61 % (vag. m. Schuch.)
6. Hessen (Löhlein) 1895—1900	30,2 % (vaginal)
7. Rheinland (Fritsch) 1894—1900	40,6 % (vaginal)
8. Mecklemburg (Schatz) 1881—1901	41 % (vaginal)
9. Württemberg (Doederlein) 1897—1901	45 % (vaginal)
10. Prov. Sachsen (Thorn) 1897—1900	45 % (vaginal)
11. Ostpreussen (Winter)	58 % (vag. m. Schuch.)
12. Berlin (Olshausen) 1901—1902	61 % (vaginal)
13. Hamburg (Staude)	64,5 % (vag. m. dopp. Schuchardt).

Oesterreich-Ungarn.

Kärnthen (Torggler) 1896—1900	8 %
Ungarn (Bäcker) 1882—1895	10 % (vaginal)
„ (Akontz) 1890—1894	13,3 % (vaginal)
Steiermark (Kermauner u. Laméris) 1899-1900	34 % (abdominal)
Wien (Schauta) 1892—1898	14,7 % (vaginal)
„ „ 1901	46,5 % (vag. m. Schuch.)
„ (Chrobak) 1890—1900	32 % (vaginal)
„ (Wertheim) 1900—1902	29—52 % (abdominal)

Schottland.

Halliday Croom	6 %

Russland.

Lapschin 1884—1895	9,7 %

Holland.

Ned. gynäk. Vereenigung [1]	33 %

Amerika.

Cullen 1893—1899	58 %.

Es ist schwer, aus diesen Zahlen ein sicheres Urteil über den Zustand des Karzinommaterials eines abgegrenzten Landesteils zu gewinnen, da einzelne Statistiken in frühere Jahre mit entschieden schlechterem Material zurückreichen und die Indikation für die Ausführung der radikalen Operation sehr verschieden weitgehend gestellt worden ist. (Sehr instruktiv in diesem Punkte ist z. B. das von 3 Operateuren, Pernice, Martin und Schuchardt, bearbeitete Material Pommerns). Wenn man auch alle diese Faktoren berücksichtigt, so lassen sich doch gewisse Unterschiede nicht verkennen. So z. B. hat Berlin zweifellos das beste Material, denn Olshausen operiert bei enger Indikationsstellung die Hälfte seiner Kranken; schon wesentlich schlechter steht Hamburg trotz der hohen Operabi-

[1]) Diese Zahl ist gewonnen worden durch eine Enquête der Niederl. gynäkol. Vereinigung bei ihren eigenen Mitgliedern unter Hinzurechnung der aus der Treubschen Klinik von Jorritsma mitgeteilten Fälle und bezieht sich auf 620 Karzinome.

litätsprozente Staudes, welche durch die weite Indikationsstellung bei doppeltem Paravaginalschnitt gewonnen sind. Von den preussischen Provinzen haben scheinbar Ostpreussen und die Rheinlande das beste, während Schlesien entschieden das schlechteste Material hat. Von den Bundesstaaten zeichnen sich Mecklenburg und Württemberg aus, während Sachsen und vor allem Bayern (selbst München nur 33 %) ein viel schlechteres Material aufweisen. Vorausgesetzt, dass dieser Eindruck den Tatsachen entspricht, so würde es von grösstem Interesse sein, zu erfahren, ob mehr der Charakter der Bevölkerung oder die Qualität der Aerzte oder Hebammen die schlechten Operabilitätsprozente verschulden. Jeder Operateur wird ja die Bedeutung dieser Faktoren so weit kennen, dass er die Gründe für seine schlechten Operabilitätsprozente ermitteln kann. Was Ostpreussen anlangt, so erkläre ich mir unsere guten Operabilitätsprozente bei der allgemein anerkannten Indolenz unserer Landbevölkerung und den schlechten Kommunikationsmitteln und der davon abhängenden schweren Erreichbarkeit der Aerzte zunächst durch die ziemlich grosse Quote an städtischem Material (s. pag. 46) und durch die Gewissenhaftigkeit unserer Aerzte. Interessant sind die Zahlen aus dem Ausland; man sieht z. B., wie weit unser Nachbarreich gegen uns zurücksteht, sowohl in bezug auf das Material der Stadt Wien, als vor allem auf das der Kronländer im Vergleich zu unseren Provinzen. Ein sehr gutes Material wird zweifellos demnächst zu erwarten sein aus den Grossstädten des amerikanishen Ostens, wo rührige Aerzte und aufgeklärtes Publikum zusammenwirken.

Die oben aufgestellte Tabelle, welche die an den grossen Kliniken und von einzelnen bekannten Operateuren gewonnene prozentuale Operabilität des Uteruskrebses wiedergibt, hat nur den Wert des Vergleiches; sie ist aber ausser stande, uns einen richtigen Anhalt über die wirkliche Operabilität des Uteruskrebses zu geben. Die absoluten Zahlen wiegen uns in eine Illusion ein, welche mit

der Wirklichkeit keineswegs übereinstimmt; denn die Zahlen geben nur an, wieviel Kranke an die Klinik gekommen und wieviel Prozent davon operiert worden sind. Wenn wir wissen wollen, wieviel Prozente von den überhaupt in einem abgegrenzten Landesteil vorhandenen Uteruskrebsen operiert werden, müssen wir ganz anders vorgehen. Ich bin überzeugt, dass eine grosse Zahl von Uteruskrebsen garnicht an die Kliniken kommen, weil sie von den Aerzten wegen zu weit vorgeschrittenen Leidens nicht mehr geschickt werden können oder weil sie den von den Aerzten erteilten Rat, in die Klinik zu gehen, nicht befolgen, sondern ruhig zu Hause sterben, und weil schliesslich ein anderer Teil überhaupt keinen Arzt konsultiert, sondern in den Händen von Kurpfuschern oder helfenden Frauen verendet. Alle diese Fälle belasten die Zahl der inoperabelen Fälle. Weiter ist zu berücksichtigen, dass die Klinik doch nicht alles operiert, sondern die Spezialisten ebenfalls einen Teil des Materials verarbeiten; es ist nicht unmöglich, dass schon dieses Material wesentlich anders aussieht.

Wenn wir die wahre prozentuale Operabilität des Uteruskarzinoms einer Provinz berechnen wollen, so müssen wir zwei Zahlen zu gewinnen suchen,

1. die absolute Zahl der Krebskranken in einer bestimmten Zeit,
2. die absolute Zahl aller in demselben Zeitabschnitt operierten Fälle.

Ich habe diesen Versuch für Ostpreussen gemacht und zwar für das Jahr 1900.

Die absolute Zahl habe ich mit Hilfe des Kgl. preussischen statistischen Bureaus auf 350 geschätzt[1]).

---

[1]) Der Gang der Schätzung war folgender: Nach dem Ausweis der an das statistische Bureau in Berlin gelangten Zählkarten sind 1900 in Ostpreussen an Krebs 543 weibliche Personen gestorben; da nach dem übereinstimmenden Resultat aller Statistiken feststeht, dass der Uteruskrebs ungefähr ein Drittel der Krebsfälle beim weiblichen Geschlecht ausmacht, so kann

Die zweite Zahl habe ich durch eine Umfrage bei allen operierenden Gynäkologen auf 56 festgestellt. (Da vielleicht einige Karzinome ausserhalb der Provinz operiert worden sind — viele sind es sicher nicht — so kann diese Zahl schätzungsweise auf 60 erhöht werden.)

Wenn wir nun die wirkliche Operabilität in der Provinz Ostpreussen aus den beiden Zahlen 60 und 350 berechnen, so stellt sich dieselbe auf 17 %, während die Operabilität meiner Klinik im Jahre 1900 46 % betrug, (also 29 % mehr). Dieser Vergleich beweist, wie sehr wir uns einer Selbsttäuschung hingeben, wenn wir die an den Kliniken gewonnenen Operabilitätsprozente für den wahrheitsgetreuen Ausdruck der allgemeinen Krebsoperabilität einer Provinz nehmen.

Wenn wir uns nun noch klar machen, wieviel wir von Krebskranken des Jahres 1900 wirklich geheilt haben, so sind es bei den durchschnittlichen Dauerresultaten von 30 % noch nicht 20; also im Jahr 1900 sind von ca. 350 lebenden Krebskranken weit über 300 unheilbar geblieben. Welch eine Aufgabe steht da noch vor uns? Wie riesengross wächst aber dieselbe, wenn wir unseren Blick von der einen Provinz auf das ganze Deutsche Reich richten. Nach der am 15. Okt. vorgenommenen ersten offiziellen Krebszählung sind in Deutschland im Jahre 1900 70 mal mehr Uteruskrebse vorhanden als in Ostpreussen allein, d. h. ca. 25000; davon sind unter Zugrundelegung der oben erwähnten wirklichen Operabilitätsprozente vielleicht 12—1300 durch Operation geheilt worden.

Meine Zahlen können, ich wiederhole es noch einmal, durchaus keinen absoluten Wert bean-

---

man die Zahl der Todesfälle an Uteruskrebs auf ca. 180 berechnen. Wenn man die mittlere Lebensdauer einer Kranken mit Uteruskrebs von dem ersten Entstehen an auf ca. 2 Jahre berechnet, so würde sich die Zahl der 1900 lebenden Krebse auf das Doppelte, also auf ca. 350 schätzen lassen. Natürlich lässt sich bei diesem Modus der Schätzung für die Richtigkeit der Zahl keine Garantie übernehmen; dass sie aber von der Wahrheit nicht weit entfernt bleibt, kann man wohl annehmen.

sprüchen, sondern sie sollen uns nur ganz schätzungsweise die Riesengrösse unserer Aufgabe enthüllen.

Auch dieser Riesenaufgabe gegenüber und angesichts der bislang trotz 20jähriger Arbeit erreichten minimalen Erfolge dürfen wir keinen Pessimismus aufkommen lassen; sobald diese Stimmung, welche gelegentlich leider auch bei erfahrenen Fachkollegen durchbricht, allgemein würde, so wäre es mit der Krebsheilung vorbei. Die sichere Erreichbarkeit unseres Zieles, wenn auch nach endlosen Mühen und langen Jahren, muss uns immer wieder vorwärts treiben. Unseren bisherigen Standpunkt aber, dass wir operieren, was sich bei uns in operablem Zustand meldet und im übrigen nur für Belehrung der Aerzte und Hebammen sorgen, müssen wir als gänzlich ungenügend aufgeben. Es muss ein wohlorganisierter Kampf gegen das Uteruskarzinom unter Mobilmachung aller Hilfstruppen unternommen werden. Die Führung in diesem Kampf müssen Männer in die Hand nehmen, welche kraft ihrer Stellung in den Provinzen und Bundesstaaten dazu die nötige Autorität besitzen.

Ich habe für Ostpreussen einen Plan entworfen und zur Ausführung gebracht, welcher mir geeignet erscheint, grosse Erfolge gegen den Uteruskrebs zu erringen; die Hauptpunkte sind folgende:

1. statistische Feststellung der Uteruskrebse in der Provinz,
2. Belehrung aller Aerzte in geeigneten Broschüren,
3. Belehrung aller Hebammen mit geeigneten Flugblättern,
4. Belehrung der Frauenwelt durch geeignete Zeitungsartikel,
5. Kampf gegen das Kurpfuschertum.

Um einen weiten Ueberblick zu gewinnen, halte ich es für notwendig, dass die Direktoren der Anstalten nicht mit ihrem Material allein arbeiten, sondern das ganze Material der Provinz in ihren Händen zen-

tralisieren und von geeigneten Gesichtspunkten bearbeiten. Für die Provinz Ostpreussen habe ich damit einen Versuch gemacht, indem ich alle Frauenärzte zu dem gemeinsamen Kampfe aufrief; dieselben haben in Anerkennung des wichtigen Gegenstandes mir sofort ihre Hilfe zugesagt und mir ihr Material zur Verfügung gestellt. Die Zukunft wird lehren, ob dieses Material der Wirklichkeit nahe genug kommt oder ob es etwa der Mitarbeit der ärzlichen Allgemeinheit bedarf. Um mir für die Zukunft ein brauchbares Material zu gewinnen, habe ich einen Fragebogen in geeigneter Zahl den Frauenärzten zugestellt und um die Einsendung desselben am jedesmaligen Jahresschluss gebeten. Derselbe lautet:

1. Namen (ev. Anfangsbuchstaben) und Wohnort der Kranken (nur Ostpreussen). Datum des Zugangs.

2. Wie lange nach dem Auftreten der Krebssymptome hat die Kranke sich den ersten Rat geholt?

3. Welches waren die Gründe der Kranken für die verspätete Konsultation (Indolenz, Unkenntnis der Symptome, Scham, Furcht, Geldmangel)?

4. Wer war vor Ihnen Ratgeber? Spezialist, Hausarzt, Kurpfuscher, Hebamme? (ohne Namen)

5. Wie hat der Hausarzt (ohne Namenangabe) sich beim Raterteilen verhalten?

Hat er sofort innerlich untersucht?

Hat er später untersucht, wann?

Hat er ohne zu untersuchen an den Spezialarzt verwiesen?

Hat er innerlich und äusserlich behandelt?

Hat er anatomische Diagnose eingeleitet?

6. Ist ein Kurpfuscher als Ratgeber in Tätigkeit getreten?

Wie heisst derselbe und wo wohnt er?

Wie lange befand sich die Kranke unter dem Einfluss desselben?

Hat derselbe die Kranke vom Arzt abgehalten?

7. Trat eine Hebamme als Ratgeberin auf?

Wie heisst dieselbe und wo wohnt sie?

Hat dieselbe innerlich untersucht?

Hat sie die Kranke sofort an einen Arzt verwiesen?

Hat sie die Kranke behandelt und wie lange?

8. Wie lange Zeit hat die Kranke verstreichen lassen von dem ersten Rat zur Operation bis zur Ausführung derselben?

9. In welchem Zustand der Operabilität kam das Karzinom in Ihre Behandlung und wo sass dasselbe?

10. Hat die Kranke etwa die Operation abgelehnt?

11. Kam die Kranke zu Ihnen von einem anderen Frauenarzt, oder schickten Sie sie etwa zu einem anderen? (um Doppelzählungen zu vermeiden).

12. Sonstige Bemerkungen.

Unterschrift.

Es wird um möglichst genaue Beantwortung obiger Fragen gebeten.

Auf diese Weise werde ich mich an dem Material meiner Provinz überzeugen, ob die Massregeln, welche ich getroffen habe, ihre richtige Wirkung entfaltet haben, und Gelegenheit nehmen können, durch weitere Auffrischungen meiner Belehrung die Wirkung zu verbessern. Die Provinz Ostpreussen ist für einen solchen Versuch allerdings besonders geeignet, weil sich in Königsberg fast das ganze Spezialistentum zentralisiert und weil das Material durch den geringen Zuzug von aussen (mit Ausnahme des russischen Materials) und sehr geringen Abzug an andere Operationszentren ein sehr stabiles ist; aber mutatis mutandis wird sich m. E. mein Bekämpfungssystem überall durchführen lassen.

Mein Versuch, in der geschilderten Weise durch Erhöhung der Operabilitätsprozente die Zahl der Krebsheilungen zu vergrössern, stellt ein neues Kampfmittel gegen den Krebs vor, welches unsere übrigen Versuche, die Dauerresultate unserer Operationen zu verbessern, keineswegs unnötig macht. Unser Bestreben, durch immer weitergehende Operationen in den geeigneten Fällen die Dauerheilung zu erreichen, bleibt davon unberührt. Allerdings geht meine Ansicht dahin, dass die Erfolge, welche z. B. durch prinzipielle Ausführung der abdominalen Operation gegenüber der vaginalen erreicht werden können, minimal sind im Vergleich zu den Resultaten, welche ein nach meinem Vorschlag organisierter Kampf gegen den Uteruskrebs aufweisen könnte. Aber selbst wenn die Zahl der Fälle immer grösser würde, welchen durch vaginale Operation sichere Hilfe gebracht werden könnte, so würden zu allen Zeiten noch Kranke genug übrig bleiben, welche nur durch eine möglichst weitgehende Operation gerettet werden können. Wie sich bei unserem Operationsideal der Zukunft beide Methoden abgrenzen werden, das wird die Zeit lehren.

Wenn nun ein solcher Kampf in grossem Massstabe organisiert werden soll, wäre es ja sehr wünschenswert, von vornherein zu wissen, welches der Kampfpreis ist, d. h. wie viel Kranken wir dauernde Heilung bringen könnten, wenn alle von

mir vorgeschlagenen Massregeln ideal funktionierten. Das kann man schon jetzt. Jede Klinik mit grossem Krebsmaterial, z. B. Berlin, Leipzig, Wien, hat eine gewisse Zahl von Fällen, welche im denkbar frühesten Zeittermin nach Auftreten der ersten Symptome radikal operiert worden sind; es wäre nun leicht, an den schon überall vorgenommenen Nachforschungen über Dauerresultate festzustellen, ein wie grosser Prozentsatz dieser Kranken dauernd geheilt ist. Ich glaube, dass wir als besterreichbaren Erfolg unserer Bestrebungen hinstellen müssen, eine Kranke ca. 4 Wochen nach dem ersten Auftreten der Symptome auf den Operationstisch zu bringen; soviel Zeit wird man ihr lassen müssen, bis sich das Bewusstsein des Krankhaften bei ihr geltend macht, bis sie den Arzt aufsucht, den Rat zur Operation erhält, zum Operateur geht und von diesem operiert wird. Es wäre Aufgabe der grossen Kliniken, uns aus ihrem Material Antwort auf die Fragen zu geben, wie viel Prozent der Kranken dauernd geheilt werden, welche innerhalb 4 Wochen nach dem ersten Auftreten der Symptome operiert worden sind; hoffentlich können wir eine derartige Mitteilung bald erwarten. Wenn wir auf diese Weise z. B. erführen, dass durch die von mir vorgeschlagenen Massregeln im günstigsten Falle die absolute Heilungszahl aller Operierten, welche jetzt 10—15 % beträgt, auf ca. 50—60 % erhöht werden könnte, so müsste man daraus folgern, dass daneben sofort andere Mittel und Wege in Angriff genommen werden müssten, um auch den Rest der Krebskranken zur Heilung zu bringen. Die Heilung einer jeden Kranken mit Uteruskrebs muss unser Ziel sein und bleiben; denn der beginnende Uteruskrebs ist leicht und sicher durch eine Operation heilbar.

Es ist zunächst nur meine Absicht gewesen, meinen gynäkologischen Fachkollegen einen Plan zur Bekämpfung des Uteruskrebses vorzulegen und zugleich die praktische Durchführbarkeit desselben zu beweisen. Angesichts der zweifellos auf diese Weise zu erreichenden grossen Erfolge muss sich uns sofort die Frage

aufdrängen, ob nicht auch gegen andere Krebse ein Kampf mit ähnlichem Erfolge von seiten der Chirurgen geführt werden könnte. Soweit ich die chirurgische Literatur kenne, sind bis jetzt von seiten der Chirurgen ähnliche Erhebungen über die Ursachen der Verschleppung bei Karzinomen ihres Ressorts noch nicht gemacht worden. Da die unübertroffenen Erfolge unserer Operationen bei Uteruskrebs sicher zum Teil eine Frucht unserer Bemühungen sind, so wäre es von seiten der Chirurgen wohl zu überlegen, ob sie nicht in ähnlicher Weise sich ein wissenschaftlich brauchbares Material über die Ursachen der Krebsverschleppung verschaffen und daraufhin systematisch den Kampf gegen die betreffende Krebsart eröffnen wollen; es scheinen sich vor allem der Krebs der Brustdrüsen und des Mastdarms, weniger schon der des Magens und des Darms dafür zu eignen. Von Krebsen der Genitalien eignet sich leider keiner mehr für ein ähnliches Vorgehen, denn der Krebs der Vagina geht ganz in dem Bilde des Uteruskrebses auf und der Krebs der Eierstöcke entzieht sich aus bekannten Gründen ganz der Frühdiagnose.

Ich möchte deshalb meine Ausführungen mit einem Appell an die Chirurgen schliessen, auch ihrerseits einen systematischen Kampf gegen die ihrer Domäne zufallenden Krebsarten zu eröffnen.

Druck der Hoffmannschen Buchdruckerei, Stuttgart.